

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CONSTRUINDO UM PERFIL DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS:
do pré-hospitalar às unidades diferenciadas**

Carla Patrícia Caires Jesus

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2020**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CONSTRUINDO UM PERFIL DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS:
do pré-hospitalar às unidades diferenciadas**

Carla Patrícia Caires Jesus

Orientadora: Prof.^a Mestre Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2020**

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o
melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus,
não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

AGRADECIMENTOS

Neste espaço, tenho o objetivo de expressar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e me ajudaram a torná-lo possível.

Em primeiro lugar, expresso a minha gratidão aos meus pais, por tudo o que representam para a minha vida. Obrigada por serem parte significativa daquilo que sou hoje e, aos meus irmãos e cunhada, obrigada pelo apoio.

Ao apoio incondicional, incentivo, carinho, amor e compreensão do meu marido Ricardo e dos meus filhos Salvador e Leonor.

Expresso a minha gratidão à Professora Mestre Noélia Pimenta, pela preciosa ajuda e disponibilidade demonstrada na orientação do Estágio III e na realização do Relatório.

Aos tutores de estágio, Enfermeira Sandra Camacho e Enfermeiro Leonardo Ribeiro, por todo o conhecimento partilhado, apoio e confiança que em mim depositaram durante a realização dos Estágios II e III.

De igual modo, endereço o meu agradecimento, a todos os Enfermeiros, Médicos, assistentes operacionais, equipa do SEMER e operadores de comunicação do Comando Regional de Operações e Socorro que colaboraram e facilitaram a minha integração e todo o processo de aprendizagem.

Um agradecimento especial a todos os doentes e famílias que tornaram o estágio uma fonte de conhecimento frutuosa ao partilharem momentos de crise, problemas de saúde, medos e momentos de luto da sua vida privada.

Às minhas colegas de Mestrado: Angélica, Letícia e Piera por todos os momentos que passamos juntas e pelo apoio inigualável.

A todos aqueles que contribuíram para que a construção da minha especialidade e mestrado fosse um processo mais feliz.

Eternamente GRATA.

RESUMO

O presente relatório, intitulado “Construindo um perfil de competências especializadas: do pré-hospitalar às unidades diferenciadas”, surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no ano letivo 2018/2019 e, a sua apresentação e discussão pública, visam a obtenção do grau de Mestre.

Os objetivos deste relatório foram: evidenciar as competências comuns e específicas adquiridas e aprofundadas nos contextos da prática no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica desde o alerta, passando pelo socorro pré-hospitalar e até às unidades de saúde diferenciadas; evidenciar as competências de Mestre descritas no Decreto de Lei n.º 65 de 16 de Agosto de 2018, apresentando e discutindo o relatório de estágio; e demonstrar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional.

Este trabalho evidencia o percurso ao longo do curso nomeadamente nos estágios. O Estágio I – Urgência, foi-me creditado pelo Conselho Técnico Científico da escola, considerando as competências adquiridas nos 15 anos de exercício profissional no serviço de urgência. O estágio II, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dr. Nélio de Mendonça e o estágio III – Opção, decorreu na Equipa Médica de Intervenção Rápida. A escolha deste campo de estágio deveu-se ao fato do meu gosto pessoal pela área de emergência pré-hospitalar e também pelo fato de uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ser a abordagem à Pessoa em Situação Crítica em contexto pré-hospitalar.

A sua estrutura organizacional é suportada numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva. O relato crítico-reflexivo e analítico enfatiza a capacidade de avaliação, diagnóstico e intervenção no cuidar de enfermagem à pessoa e família em situações complexas de vida, alicerçada numa prática reflexiva baseada na evidência científica.

Como resultado de aprendizagem, o relatório patenteia o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe; e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, assim como a aquisição de competências de mestre.

Palavras-chave: enfermeiro especialista, pessoa em situação crítica, competências, emergência pré-hospitalar, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

This report entitled “Building a profile of specialized skills: from prehospital to differentiated units” appears within the scope of the 3rd Master's Course in Medical-Surgical Nursing, at the Higher School of Nursing of São José de Cluny, in the academic year 2018 / 2019 and its public presentation and discussion aim at obtaining a Master's degree.

The objectives of this report were: to highlight the common and specific skills acquired and deepened in the contexts of practice within the scope of specialized care in medical-surgical nursing since the alert, pre-hospital assistance to differentiated health units; evidence the skills of the Master described in Decree Law No. 115 of August 7, 2013, presenting and discussing the internship report and demonstrating the development of skills for critical-reflexive analysis of situations arising from professional practice.

This work highlights the course along the course, namely in the internships. Internship I - Urgency, was credited to me by the school's Scientific Technical Council considering the skills acquired in the 15 years of professional practice in the emergency department. Stage II, took place in the Intensive Care Unit of Hospital Dr. Nélio de Mendonça and stage III - Option, took place in the Medical Team for Rapid Intervention. The choice of this internship field was due to the fact of my personal taste for the pre-hospital emergency area and also due to the fact that one of the areas of intervention of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing is the approach to the Person in Critical Situation in pre-hospital context.

Its organizational structure is supported by a descriptive, analytical and reflective methodology. The critical-reflective and analytical report emphasizes the capacity for assessment, diagnosis and intervention in nursing care for the person and family in complex life situations, based on a reflective practice based on scientific evidence.

As a result of learning, the report shows the development of common and specific skills of the nurse specialist in medical and surgical nursing: takes care of the person experiencing complex processes of critical illness; streamlines the response to catastrophe situations and maximizes intervention in the prevention and control of infection, as well as the acquisition of the skills of a Master.

Keywords: specialist nurse, person in critical situation, skills, pre-hospital emergency, nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABSC	– Ambulância de Socorro
ACSA	– Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia
AO	– Assistente Operacional
APA	– American Psychological Association
APED	– Associação Portuguesa para Estudo da Dor
ATCN	– Advanced Trauma Care Nursing
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
BPAP	– Bi-level Positive Airway Pressure
BPS	– Behavioral Pain Scale
CI	– Cuidados Intensivos
CIC-CROS	– Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional de Operações e Socorro
CROS	– Comando Regional de Operações e Socorro
CVC	– Cateter Venoso Central
DAE	– Desfibrilhador Automático Externa
DGS	– Direção Geral da Saúde
DLR	– Decreto Legislativo Regional
DM	– Diabetes Mellitus
DNR	– Decisão de Não Reanimar
EAM	– Enfarte Agudo do Miocárdio
EAP	– Edema Agudo do Pulmão
ECG	– Eletrocardiograma
EEEMC	– Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMIR	– Equipa Médica de Intervenção Rápida
ENA	– Emergency Nurses Association
EOT	– Entubação Orotraqueal
EPH	– Emergência Pré-hospitalar
EPI	– Equipamento de Proteção Individual
ERC	– European Resuscitation Council
ESC	– European Society of Cardiology
ESESJC	– Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

GCPPCIRA - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos

HNH – Hospital Dr. Nélio de Mendonça

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRMI – Medical Response to Major Incidents

MRSA – Meticilin Resistent *Staphylococcus aureus*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Processo Assistencial Integrado

PAM – Pressão Arterial Média

PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PH – Pré- Hospitalar

PNDAC – Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos

PRDAC – Programa Regional de Desfibrilhação Automática Externa

PREPCRAM – Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região

Autónoma da Madeira

PSP – Polícia de Segurança Pública

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SCA-NSTE – Síndrome Coronário Agudo - Non ST-Elevation

SEMER – Serviço Emergência Médica Regional

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SIOPS-RAM – Sistema Integrado de Operações e Proteção e Socorro da Região
Autónoma da Madeira

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRPC, IP-RAM – Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM

START – Simple Triage and Rapid Treatment

STAT – CIC – Serviço de Triagem e Atendimento Telefónico do Centro Integrado

de Comunicações

STEMI – ST-Elevation Myocardial Infarction

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TISS – 28 – Therapeutic Scoring System – 28

TRTS – Triage Revised Trauma Score

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPP – Úlcera por Pressão

VE – Vigilância Epidemiológica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - UMA VIAGEM PELAS COMPETÊNCIAS	19
CAPÍTULO II – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	29
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal.....	33
2.2. Domínio da Melhoria da Qualidade	46
2.3. Domínio da Gestão de Cuidados	54
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	56
CAPÍTULO III – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	59
3.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	63
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	81
3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos	86
CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA	93
CONCLUSÃO	99
BIBLIOGRAFIA	103

INTRODUÇÃO

A sociedade sofre constantes alterações no que diz respeito à inovação e ao progresso em diversos sectores, não sendo a saúde uma exceção. Sendo a Enfermagem uma profissão, cuja área de intervenção está sujeita a uma evolução tecnológica e científica constante, o investimento na aprendizagem ao longo da vida torna-se imperativo (Rodrigues, 2011). Às constantes transformações e à crescente complexidade dos serviços de saúde acresce a necessidade de cuidados de saúde de elevada qualidade, pelo que a prestação de cuidados de enfermagem de excelência suscita para o enfermeiro uma maior responsabilidade e exigência profissional.

O presente relatório de estágio surge no âmbito da realização do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), ano letivo 2018/2019 e reporta-se à Unidade Curricular Relatório de Estágio. Este reflete todo o trabalho desenvolvido ao longo dos 18 meses de estudo, pesquisa científica e prática clínica, suscitando a posterior apresentação e discussão pública e visando a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com a elaboração deste relatório intitulado: “Construindo um Perfil de Competências Especializadas: do Pré-Hospitalar às Unidades Diferenciadas”, tenho como objetivos: evidenciar as competências comuns e específicas adquiridas e aprofundadas nos contextos da prática no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica; evidenciar as competências de Mestre descritas no Decreto de Lei n.º 65 de 16 de agosto de 2018 apresentando e discutindo o relatório de estágio; e demonstrar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional.

Segundo o plano de estudos da ESESJC publicado no Despacho n.º 8046/2015 de 22 de julho, o curso contempla a realização de três estágios. O estágio I – Urgência, foi-me creditado pelo Conselho Técnico Científico da ESESJC segundo o regulamento n.º 506/2014 e após a análise e apreciação do meu *curriculum vitae* e de um portefólio onde descrevi a minha experiência profissional ao longo de 15 anos, fazendo uma descrição da experiência acumulada que fundamentou a aquisição de competências na prestação de cuidados ao doente crítico e à sua família em contexto de urgência.

Os restantes estágios foram efetivados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dr.º Nélio de Mendonça (estágio II) e no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) da Região Autónoma da Madeira (RAM) na sua vertente EMIR

(Equipa Médica de Intervenção Rápida) (estágio II - Opção). Optei por realizar os estágios nestes locais primeiramente por motivos pessoais e, em seguida, pelo facto de tanto a UCIP como a EMIR serem serviços de referência na região, dando assistência a todos os doentes provenientes da ilha da Madeira e do Porto Santo. Outra razão prende-se com o facto de que, exercendo funções num Serviço de Urgência Básico (SUB), no qual, por vezes, a intervenção é articulada com a EMIR, considerei ser primordial perceber a dinâmica do trabalho e o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na abordagem à pessoa em situação crítica nos diferentes níveis de atuação. Isto é, desde a admissão no SUB, durante a transferência para o Hospital Dr. Nélio de Mendonça (HNM) acompanhado pela EMIR, até à admissão na Sala de Emergência do Serviço de Urgência Polivalente ou na UCIP do HNM.

Relativamente à organização deste relatório, podemos afirmar que se encontra dividido em quatro capítulos, para além da introdução e conclusão. Optei por estruturar os capítulos por competências, pois permite-me uma melhor organização e descrição das estratégias e atividades por mim implementadas e desenvolvidas para a aquisição de competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No primeiro capítulo, desenvolve-se o conceito de competência e o seu enquadramento na profissão de enfermagem. De seguida, no segundo capítulo, escrutina-se o trajeto para aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos seus quatro domínios. No terceiro capítulo contempla-se o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica, dando ênfase ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; à dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima; e à intervenção no âmbito da prevenção e controlo da infeção. Por fim, no quarto capítulo desenvolve-se uma análise sobre as competências de mestre.

Para organizar e fundamentar o presente relatório recorri a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva. E, para tal, baseei-me na evidência científica, nos portfólios construídos nos diferentes contextos da prática, no projeto/relatório de autoformação desenvolvido na prática clínica de opção pois, desta forma, seria permitido relatar e descrever objetivamente as experiências vivenciadas, os problemas encontrados e a resolução dos mesmos, bem como as dificuldades que surgiram no decorrer dos estágios supracitados.

Importa ainda referir que o presente trabalho foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico e elaborado de acordo com as Normas Orientadoras para a Elaboração de

Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny - *American Psychological Association* (APA).

CAPÍTULO I - UMA VIAGEM PELAS COMPETÊNCIAS

A enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão tem procurado responder aos desafios de uma sociedade em constante metamorfose. Para tal, tem vindo a desenvolver um corpo de conhecimentos capaz de dar respostas adequadas e em tempo útil às solicitações, permitindo tomar decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados a prestar ao doente.

Da mesma forma, cada vez mais, as organizações de saúde têm-se destacado pela prestação de cuidados a utentes em situações de saúde críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas atendendo às suas necessidades. Posto isto, Le Boterf (2005) refere que, a nível profissional, é exigido que o prestador vá mais além do que é prescrito e que, perante as eventualidades e os acontecimentos, o mesmo deve mostrar iniciativa, responsabilidade e investimento pessoal, demonstrando intuito de evoluir nas competências que já possui e desenvolver outras que possam estar em falta, o que vai ao encontro do ingresso neste percurso de desenvolvimento de competências especializadas.

A palavra competência, na sua génese, deriva do latim *competere* (lutar, procurar ao mesmo tempo), de *com* (junto), mais *petere* (disputar, procurar, inquirir) (Loila, 2013). Esta definição remete-nos para os territórios de batalha e para as guerras na idade Média, onde a ideia de justiça estava relacionada com a luta e com a disputa.

Segundo Loila (2013), o Dicionário Larousse define “competência” como sinónimo de direito, aptidão, habilidade, abordando-a ainda como a capacidade decorrente do conhecimento que alguém tem sobre um assunto.

O conceito de competência tem sido bastante discutido, existindo diversas conceções relativamente a uma definição universal, pelo que existem vários autores que se têm dedicado ao estudo das competências. Entre eles, surge Perrenoud (2002), que salienta a existência de uma relação entre a competência, os saberes e os contextos; afirmando que, para ter competência, é necessário saber mobilizar saberes e utilizá-los para agir numa determinada situação. Segundo o mesmo autor, não existem competências sem saberes.

Le Boterf (2003) refere que competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos numa situação complexa. É um saber agir profissional, responsável e que requer saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto ocupacional determinado. Refere igualmente que a competência se situa ao nível de três eixos formados pela pessoa, pela formação e pela sua experiência profissional.

Na mesma linha de pensamento que os autores supracitados, Broeiro (2015) salienta que a competência surge como um conjunto de conhecimentos, aptidões, atitudes e qualidades pessoais fundamentais à prática de uma determinada profissão. Com o *upgrade*

da informação, em conjunto com a experiência adquirida, o conhecimento evolui e torna-se mais complexo. Por outras palavras, deixa de ser apenas o conhecimento (saber), incorporando ainda outras dimensões tais como saber fazer, saber ser, saber pensar e saber integrar, evoluindo de um pensamento linear para um pensamento complexo e do conhecimento para a competência, num processo cíclico e gradual.

Já em 2010, Oliveira defendia que o saber e o saber-fazer não eram suficientes para ser competente, sendo necessário para a aquisição de competências o saber aprender, o saber comunicar, o saber autoavaliar, o saber trabalhar em grupo, o saber mobilizar, o saber reagir e gerir no inesperado de forma autónoma, o saber combinar para saber tomar decisões, o que implica criatividade, a transferibilidade de saberes e a reflexão sobre as práticas.

Para Fleury e Fleury (2001), ser competente implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado. Cunha, Vieira e Macedo (2018) corroboram essa ideia, referindo que embora a formação seja importante para o desenvolvimento de competências, o estágio clínico apresenta-se como um espaço privilegiado de formação e de construção de identidade profissional.

De acordo com Sapeta (2013), um profissional competente é capaz de agir com pertinência numa situação particularmente complexa e de saber igualmente fundamentar a sua ação. Deste modo, torna-se fulcral a construção e renovação de saberes, quer sejam teóricos, práticos e/ou pessoais.

Os saberes práticos constroem-se e renovam-se a partir dos saberes teóricos e da experiência profissional e social, instruindo-se com a experiência (Le Boterf, 2005). As individualidades das pessoas, nomeadamente as suas características comportamentais, são cada vez mais valorizadas no exercício profissional. Destacando-se o rigor, a convicção, a curiosidade, a capacidade de escuta, as atitudes de acolhimento, a capacidade de iniciativa, a tenacidade e a autoconfiança (Sapeta, 2013).

Segundo a autora acima referida e, baseando-se em trabalhos de António Damásio (2003), para agir com competência, para além de dispor de conhecimentos e técnica ou elaborar estratégias de ação eficazes, salienta que o raciocínio só pode ser verdadeiramente pertinente quando informado pelas emoções (Sapeta, 2013). Se pensarmos sobre o assunto, ser-nos-á evidente chegar à conclusão que as emoções e o domínio das mesmas poderão fazer a diferença num determinado momento da tomada de decisão.

Damásio (2003) considera as emoções como organizadoras da nossa vida cognitiva, visto que influenciam tanto os nossos processos mais básicos como os mais complexos. Dessa forma, alargam o conjunto de respostas adequadas que cada um tem perante uma

determinada situação. O mesmo refere que, de uma forma geral, as emoções permitem-nos “avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa” (Damásio, 2003, p.71). Isto é, perante uma determinada situação é despoletada uma emoção, que faz com que a nossa atuação seja pré-organizada, mesmo que não seja necessária a avaliação consciente de tal situação, pois o organismo está preparado para reagir automaticamente.

As reações emocionais podem reduzir o campo de alternativas, permitindo a tomada de decisões num curto espaço de tempo, na qual a improvisação e a intuição encontram uma explicação. Esta teoria de Damásio poderá ser aplicada numa emergência, na qual, inevitavelmente, uma emoção será ativada (salvamento de uma vida), tornando o processo de tomada de decisão mais célere. Ou seja, neste contexto específico, a emoção faz com que o raciocínio e atuação sejam rápidos e quase automáticos.

Ferreira e Nunes (2019) reforçam a ideia de que as pessoas, para agirem com competência, terão que mobilizar um conjunto de saberes abrangente, desde os saberes cognitivos e profissionais, a esquemas de ação e atitudes contextualizadas. Sendo, para tal, a formação uma condição e parte integrante do processo de desenvolvimento profissional.

Segundo a World Health Organization (2016):

A competent health workforce is central to achieving universal health coverage. Quality education is the foundation for developing competent health workers who are equipped with the knowledge, attitudes and skills necessary to deliver quality care (p.6).

Benner (2005) desenvolveu um modelo de aquisição de competências baseando-se no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus. Este identifica cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito; relatando as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento e identificando as necessidades em matérias de ensino/aprendizagem dos enfermeiros em cada um deles. Para a autora, o enfermeiro torna-se competente quando tem consciência dos seus atos e consegue analisá-los de forma crítica e reflexiva, planeando e priorizando as suas intervenções adequadamente, sendo a competência adquirida após dois a três anos de prática na mesma área de enfermagem (Benner, 2005).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) confere primazia ao reconhecimento e certificação de competências com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril), que constitui um guia de referência na atuação do enfermeiro, permitindo a orientação de novos enfermeiros no início do seu percurso profissional.

A OE (2003) define competência profissional como sendo um fenómeno multidimensional complexo, definido pela capacidade do enfermeiro praticar, de forma segura e eficaz, a sua responsabilidade profissional, utilizando a análise crítica e reflexiva na resolução de problemas, tomadas de decisão e habilidades essenciais à arte e ciência de Enfermagem.

A 18 de fevereiro de 2011 foi publicado o Regulamento n.º 122/2011 que regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista, revogado pelo Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro. Segundo a mesma fonte, houve necessidade de adaptar o Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor e com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, promovendo uma consolidação e uniformização do procedimento em vigor, verificando maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem vários domínios que são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe a partilha das competências comuns acima referidas aplicadas em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas de acordo com a área de especialidade. A 20 de outubro de 2010 é aprovado pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, sendo o mesmo publicado a 18 de fevereiro de 2011.

Por conseguinte e, tratando-se de uma especialidade abrangente, surgiu a necessidade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e com o contexto de intervenção, identificando-se diversas áreas de Enfermagem, das quais se destacam: área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; área de enfermagem à pessoa em situação crónica; área de enfermagem à pessoa em enfermagem perioperatória; e área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Assim, a 16 de julho de 2018, é publicado em Diário da República o Regulamento n.º 429/2018, que determina as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas áreas de enfermagem acima referidas.

Visto que o foco da minha atenção ao longo do meu percurso profissional e académico é a pessoa em situação crítica, focar-me-ei nas competências específicas do

enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Segundo o Regulamento 429/2018 de 16 de julho, “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362).

Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, segundo o mesmo documento: cuidar da pessoa e da família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento 429/2018 de 16 de julho).

Segundo o Regulamento n.º 429/2019, de 16 de julho, os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem:

Observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (p.19393).

Camelo (2012) refere no seu estudo que o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, para além da qualificação adequada do saber mobilizar competências profissionais específicas ao longo da prestação de cuidados, do conhecimento técnico-científico, do domínio da tecnologia, da humanização e individualização do cuidado, mobiliza ainda outras competências profissionais. Tais como: a gestão dos cuidados de enfermagem; a implementação dos cuidados de enfermagem de maior complexidade; a tomada de decisão; a liderança em enfermagem: a comunicação; a educação contínua/permanente; e a gestão de recursos humanos e materiais.

Algumas dessas competências são corroboradas por Camacho (2015) entre elas a tomada de decisão, a liderança, a educação permanente, a comunicação, a administração e a gestão.

De forma a adquirir e desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, optei por realizar os estágios II e III, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Dr. Nélcio de Mendonça e no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), do Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM, respetivamente.

Segundo Barbosa (2015), o ensino clínico é um lugar privilegiado para a aprendizagem dos estudantes de enfermagem. É nele que surge a possibilidade de desenvolver e mobilizar competências e construir o conhecimento. Ideia certificada pela OE (2018), que refere que o mesmo constitui uma componente fundamental para o desenvolvimento da identidade profissional de cada estudante, e em simultâneo para o desenvolvimento de competências que habilitam ao exercício da profissão.

Relativamente ao estágio I – Enfermagem de Urgência, foi-me atribuída a creditação pelo Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), após a avaliação do meu portefólio profissional que teve como objetivo demonstrar que as competências por mim adquiridas em contexto profissional anterior, iam ao encontro das competências esperadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, mais concretamente no cuidar da pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

No referido portefólio demonstrei a minha experiência profissional de quinze anos, focando-me, essencialmente, nos cuidados prestados ao doente crítico em contexto de urgência, nomeadamente pessoas em paragem cardiorrespiratória (PCR), edema agudo do pulmão (EAP), enfarte agudo do miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC), politraumatizados, acidentes com multi-vítimas, identificando prontamente focos de instabilidade e respondendo aos mesmos de forma antecipatória.

Executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa e à família a vivenciar processos complexos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. Nomeadamente o controle sintomático, estabilização hemodinâmica, suporte básico e avançado de vida, entre outros. Assisti a pessoa e a família tendo sempre em atenção a transmissão da informação, seguindo o protocolo transmissão de más notícias em ambiente controlado, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, ou seja, adaptando a minha linguagem ao nível da compreensão do utente/família.

Demonstrei que, através da experiência, o enfermeiro aprende a identificar de imediato aquilo que é importante na situação e a interpretar o seu significado. Isto é, preveni,

minimizei e corriji situações clínicas instáveis, defrontando-me diariamente e sistematicamente com a obrigatoriedade de tomar decisões em contexto de ação. As competências para a sublimidade das práticas dos cuidados surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial, podendo afirmar que “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.54). Ideia esta defendida anteriormente por Hams (2000), que refere: “Experienced nurses practice intuitively by virtue of having developed, through critical thought, a deeply grounded knowledge base that can be applied in daily practice” (p.310).

O estágio II, tal como citado anteriormente, foi desenvolvido no SMI/UCIP do HNM. Este serviço é único na RAM e assume a responsabilidade integral pelos doentes críticos, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais.

Estruturalmente, é um serviço com uma lotação total de 11 camas, localizado no andar técnico (UCIP 1) e no 1º andar poente (sala 10 – UCIP 2), do HNM. É detentor de um quadro próprio de recursos humanos constituído por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Relativamente à equipa de enfermagem, é composta por 54 enfermeiros sendo estes, na sua maioria, enfermeiros especialistas de Enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC). No entanto, fazem igualmente parte da equipa, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem Saúde Mental.

No ano de 2015, segundo dados recolhido no *site* do SESARAM, EPERAM estiveram internados cerca de 1411 doentes no SMI/UCIP. Segundo a mesma fonte, as patologias mais frequentes que levam ao internamento nesta unidade são: Sépsis e Choque Séptico; PCR; Insuficiência Respiratória aguda; Politraumatismo; Insuficiência Renal Aguda; Intoxicações; Estados pós-operatórios; Manutenção e referenciação de doadores multiorgânicos; entre outros.

O SMI/UCIP é responsável pela emergência hospitalar e intra-hospitalar assegurando a assistência, quando necessário, aos doentes admitidos na sala de emergência e aos doentes internados na sala de cuidados especiais, bem como a utentes que circulam no perímetro hospitalar acometidos de doença súbita. É igualmente responsável pela câmara hiperbárica. Este serviço encontra-se desde 2017 acreditado pela Direção Geral de Saúde (DGS), com a Acreditação de Qualidade de Nível Bom. Esta acreditação é baseada no modelo ACSA, versão internacional (SESARAM, s.d.).

Por fim, o estágio III – Opção foi realizado no SEMER/EMIR do Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM (SRPC, IP-RAM). O SRPC, IP-RAM é um instituto público

integrado na administração indireta da Região, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Tem por missão prevenir os riscos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, bem como resolver os efeitos decorrentes de tais situações, socorrendo pessoas e protegendo bens (DLR n. °17/2009/M).

Compete ao SEMER a coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), no qual se inclui toda a atividade de urgência/emergência nomeadamente, o sistema de socorro pré-hospitalar e a formação em emergência médica, em estrita colaboração com o Departamento de Formação do SRPC, IP-RAM (SRPC, IP-RAM, 2019). O SEMER atua igualmente ao nível da população ao fomentar e dinamizar programas implementados pelo serviço, como por exemplo o projeto “Gestos salvam vidas”, que tem como objetivo o desenvolvimento de uma cultura de cidadania cada vez mais responsável, alargando os conhecimentos ao nível da Cadeia de Sobrevivência.

O SEMER, conjuntamente com o Comando Regional de Operações e Socorro (CROS), formaram a equipa do Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações (STAT-CIC). Nesta incluem-se operadores de central e enfermeiros com experiência em urgência e emergência com o intuito de rastrear as situações e de determinar os meios necessários para a sua resolução, através de chamadas de emergência médica.

O SEMER integra a EMIR, sendo esta constituída por uma equipa de um médico e um enfermeiro com carácter permanente, em viatura apropriada para intervenção em toda a Região, incluindo o socorro em meio marítimo ou aéreo, se os meios adequados lhe forem disponibilizados pelas entidades competentes. Atualmente, a EMIR é constituída por dezasseis médicos e dez enfermeiros, sendo fulcral salientar que estes últimos são todos EEEMC.

De acordo com dados do SRPC, IP- RAM, no ano de 2018 houve cerca de 34440 ocorrências registadas, das quais 807 acionaram a EMIR e 2016 exigiram o acompanhamento à distância, juntamente com o CROS (SRPC, 2019).

Com esta breve descrição dos locais onde desenvolvi os ensinamentos clínicos posso reiterar que foram serviços que me possibilitaram vivenciar inúmeras experiências enriquecedoras, devido às suas características singulares na região, tornando possível a aquisição de novas competências e, conseqüentemente, o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Seguidamente irei descrever, de forma reflexiva, cada uma das competências comuns de enfermeiro especialista por mim adquiridas ao longo deste percurso

CAPÍTULO II – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O conceito de enfermeiro especialista encontra-se definido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) como aquele que está

habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96, p. 2960).

Por sua vez, o Regulamento n.º 140/2019 referente às competências comuns do enfermeiro especialista declara que estes profissionais partilham um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, bem como nos diferentes níveis de prevenção. Desta forma, o mesmo regulamento define competências comuns como:

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4745).

Assim, são quatro os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista definidos no Regulamento supramencionado, são eles: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Seguidamente será escrutinado cada um deles de forma crítica-reflexiva, com o intuito de demonstrar a aquisição dos mesmos ao longo dos estágios, assim como ao longo da minha experiência profissional e da frequência do MEMC.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

Neste domínio de aquisição de competências, é importante referir o contributo da unidade curricular de Ética e Deontologia do já referido mestrado, por proporcionar momentos de reflexão, de aprendizagem e de partilha de conhecimentos, favorecendo assim o crescimento profissional e pessoal e, sobretudo, permitindo criar os alicerces necessários para o alcance mais sustentado das unidades de competências previstas neste domínio em específico.

A Enfermagem é uma disciplina e profissão que se confronta diariamente com situações complexas, das quais podem surgir dilemas e problemas éticos, que exigem, por parte dos profissionais, uma tomada de decisão fundamentada, uma vez que estas centram-se na relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com o utente/família.

Assim, Nunes (2008) salienta que, ao longo da construção da Enfermagem enquanto profissão, tornou-se premente que fossem identificados princípios e valores sobre

a experiência ética de ser enfermeiro. A ética profissional enuncia princípios e valores, relacionados com um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma profissão a uma deontologia profissional (Nunes, 2011). A deontologia profissional surge assim como algo construído a partir do interior da profissão, resultante de uma reflexão sobre a prática (Nunes, 2008).

Segundo a OE (2005), deontologia profissional é o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão baseadas no princípio da moral e do direito, procurando definir as boas práticas e, tendo em conta as características da própria profissão.

Em Portugal, desde a publicação do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, diploma que aprovou o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a profissão está dotada de um Código Deontológico que constitui um documento jurídico, com função normativa e vinculativa, perante o qual os enfermeiros têm o dever de responder às promessas feitas e aos compromissos assumidos perante a sociedade, no respeito pela dignidade de cada pessoa. Este Decreto-Lei tem vindo a sofrer alterações, estando atualmente em vigor o Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Segundo Nunes (2008), o enfermeiro “deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (p.17).

Deste modo, torna-se clara a ligação entre os direitos humanos e a deontologia profissional do enfermeiro, tendo esta uma relação de suporte ético centrada na responsabilidade que o enfermeiro assume pelo outro e pelos cuidados de que este necessita (Sousa, 2008). Assim sendo, o enfermeiro, ao estabelecer uma reação profissional, assume também valores e princípios universais, tais como: igualdade, altruísmo e solidariedade; liberdade responsável; verdade e justiça; competência e aperfeiçoamento profissional.

Por conseguinte, o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, reveste-se de uma panóplia de desafios. Isto não só devido à diversidade de ambientes onde são prestados cuidados que, em situações limite a fronteira da vida fica ténue, mas também pelas vezes em que são colocadas em causa certos princípios e valores que até então pensava ser inquestionáveis.

Em todos os estágios senti, por parte de toda a equipa, uma enorme preocupação alusiva ao respeito e à intimidade do utente. Contudo, iniciarei a minha reflexão sobre esta temática ao nível do Serviço de Urgência (SU) pois, neste serviço, devido às suas

características, surgem sempre constrangimentos de natureza estrutural aliados à forte afluência e à escassez de recursos humanos e materiais que fazem com que esse princípio esteja sistematicamente a ser posto em causa. Atendendo a esta realidade, cabe às equipas procurar analisar as problemáticas e apresentar soluções eficientes para que a intimidade e privacidade do utente seja protegida e preservada.

Como referi no capítulo anterior, o estágio I – Urgência foi-me creditado, no entanto irei refletir sobre a minha prática e fundamentar de que forma a minha experiência de quinze anos num serviço de urgência contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista em particular no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Segundo dados estatísticos do SESARAM, EPERAM, no ano de 2018, foram atendidos 40 289 utentes no SUB de Machico. Estruturalmente, este é constituído por quatro salas de observação, perfazendo um total de 6 camas de adultos e de 2 camas pediátricas.

É frequente acontecer no decorrer da prática, especialmente em dias de maior afluência, a lotação das salas de observação (SO), ou seja, as duas camas e as três cadeiras existentes em cada uma delas ficarem ocupadas. São nesses dias que a interação enfermeiro/doente/família está comprometida, sendo nítida a dificuldade que o enfermeiro tem em proteger a informação pessoal no contexto da prática, pois a administração de fármacos e a prestação de cuidados ocorrem sobre o olhar indiscreto do mais variado tipo de “espectadores”. Neste mesmo contexto, e atendendo à privacidade e intimidade do utente, aquando da prestação de cuidados onde há maior exposição do mesmo (realização de um cateterismo vesical, por exemplo), coloco um biombo e transfiro provisoriamente os restantes utentes para outra SO, de forma que a intimidade e privacidade do mesmo não seja comprometida. Recorro ainda à diminuição do tom de voz de maneira a informar todo o procedimento ao utente, obtendo o seu consentimento para a prática.

O consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa é uma manifestação do respeito pelo ser humano, doente ou não e pela sua autonomia, reconhecendo a sua capacidade em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos (DGS, 2013).

O artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros refere o “informar” como um dever, sendo que este assenta sobre bases sólidas, como o princípio da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa (OE, 2005). Todavia, seguindo esta linha de raciocínio, no SU deparamo-nos diariamente com situações onde temos que prestar cuidados à pessoa

em situação crítica com alteração do estado de consciência e, muitas vezes, incapacitada de dar o consentimento informado de forma expressa.

Há que referir ainda que, nesses casos, onde a abordagem tem que ser rápida, os dados sobre o utente e sua história clínica por vezes é escassa, estando a sua capacidade para exercer o princípio da autonomia comprometida. Sendo assim, a equipa poderá basear a sua intervenção no princípio da beneficência, no qual a intervenção surge para bem do utente e, pelo princípio da não-maleficência, que implica que os riscos e benefícios estão salvaguardados.

A Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (2001) no seu artigo 8.º, explana que:

sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa (p.28).

Em situações como a descrita anteriormente, onde a abordagem da equipa tem que ser rápida, prestando cuidados adequados e imediatos por forma a salvar a vida ou evitar uma grave deterioração da saúde utente, o consentimento presumido poderá assumir igualmente um papel de destaque, tal como descrito na Norma 015/2013 da DGS. Entende-se por consentimento presumido, aquele que permite supor que o utente teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado (DGS, 2013).

Ao longo da minha prática profissional e ao longo dos estágios, não tive conhecimento de nenhum caso de testamento vital ou de diretivas antecipadas de vontade, reconhecidas pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, isto porque nunca fui informada por parte do utente ou familiar da existência do mesmo.

As diretivas antecipadas de vontade, nomeadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável pelo próprio (maior de idade e capaz), que manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, relativamente aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade de forma pessoal e autónoma (DL n.º 25/2012).

Em situações de emergência, devido à sua particularidade, os pensamentos e atos ocorrem de forma tão imediata que, frequentemente, quando acedemos ao processo do utente, muitas das intervenções já haviam sido executadas, como por exemplo num doente

em PCR é iniciado o Suporte Avançado de Vida (SAV) o mais precocemente possível. Nestas situações, o artigo 6 alínea 4 da Lei n.º25/2012 de 16 de julho refere que “em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida, a equipa responsável” não tem o dever de ter em consideração as diretivas antecipadas de vontade, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave previsivelmente os riscos para a vida ou a saúde do outorgante (p.3729). No entanto, foi sugerido ao núcleo de informática, após reflexão da equipa, que deveria aparecer um alerta na aplicação informática que avisasse para a existência de um testamento vital, obtendo a esta informação logo que o processo clínico fosse acedido. Relativamente a esse pedido, já se encontra disponível o alerta na aplicação informática, no entanto esta surge de forma pouco perceptível, sendo necessário aceder ao documento na íntegra para constatar quais as vontades expressas pelo utente relativamente aos cuidados a serem ou não prestados.

No contexto de Cuidados Intensivos, o utente nem sempre está apto, quer física, quer psiquicamente, para decidir, isto, frequentemente, não só devido à gravidade do quadro clínico, mas também ao uso de fármacos que alteram o seu estado de consciência. Logo, torna-se assim importante saber qual a vontade prévia do mesmo, no que diz respeito ao seu estado de saúde ou se o mesmo referiu diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital.

Num estudo realizado por Nunes (2015), intitulado: “Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica”, desenvolvido entre julho 2007 e maio 2014, foram inquiridos 220 enfermeiros que frequentavam a pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica, sobre quais as questões éticas identificadas perante pessoas em situação crítica, de risco iminente de morte e cuja sobrevivência depende de métodos avançados de monitorização, terapêutica e vigilância, e uma das principais preocupações éticas manifestadas pelos colegas, dizia respeito ao acompanhamento em fim de vida (Nunes, 2015), preocupação sentida igualmente por mim no decorrer do estágio de Cuidados Intensivos.

Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são admitidos doentes que se defrontam muitas vezes de forma súbita, com doenças graves ameaçadoras da vida e outros doentes portadores de doenças crónicas que sofrem uma agudização. Ao longo do meu estágio, foram admitidas várias pessoas em situação crítica com prognóstico bastante grave e a quem o plano terapêutico instituído parecia não trazer qualquer benefício. Perante isto, Nunes (2015) alude que a equipa confronta-se com questões dilemáticas que surgem perante o processo de morrer, e as dificuldades decorrentes marcam-se também pelas eventuais

interrogações sobre obstinação terapêutica, decisão de não reanimar (indicadas por registo ou verbalmente), bem como a dificuldade em estabelecer o consenso relativamente à suspensão de medidas de suporte à vida.

Exponho uma situação vivenciada durante o meu estágio em Cuidados Intensivos (CI), de um doente do sexo masculino internado com diagnóstico de choque séptico, com suporte de terapêutica vasopressora, em doses altas para manter pressão arterial média (PAM) 60-65 mmHg, com suporte ventilatório e técnica de suporte função renal, que apresentou agravamento do quadro clínico, com sinais de hipoperfusão tecidulares periféricos bastante acentuados. Segundo Alves (2015), muitos dos doentes em CI, desenvolvem, com frequência, falência múltipla de órgãos e sistemas, que apesar de todo o desenvolvimento técnico-científico, não há mais nada a oferecer, a não ser a sobrevivência com total dependência. O doente mantém-se vivo, graças a um heroísmo tecnicista desmedido, que propicia o adiar da morte sem nada se poder oferecer ao doente sob o ponto de vista da sua recuperação de vida (Alves, 2015). Perante o caso por mim descrito anteriormente, a equipa decidiu manter todo o suporte de função, ventilatório, renal e manter a gestão de noradrenalina para PAM anteriormente estipulado. Este caso, em particular, fez-me pensar e desenvolver uma análise reflexiva sobre a temática da futilidade terapêutica, partilhando esta minha preocupação com a equipa de enfermagem, promovendo um momento de partilha e reflexão conjunta sobre a atuação dos profissionais perante aquela situação.

Após essa reflexão em equipa, questioneei o porque daquela decisão perante uma situação de um doente terminal, sendo-me informado que a esposa do senhor (de nacionalidade estrangeira), iria chegar na próxima hora da visita, sendo esta medida instituída com o objetivo de mantê-lo com suporte de funções de forma que a esposa se pudesse despedir do marido. A morte é um momento geralmente difícil de ser enfrentado, em especial neste caso, pois o casal estava de férias na ilha quando o utente adoeceu. Perante o exposto, considero que essa decisão deveria ter envolvido toda a equipa multidisciplinar, pois assim, para mim, seria mais aceitável e permissível. Segundo Fernandes e Coelho (2014), numa revisão integrativa, intitulada “Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem”, chegaram à conclusão que os enfermeiros consideram que existe falta de comunicação entre a equipa, fazendo com que não sejam analisados todos os pontos de vista. Referem igualmente que deveriam ser discutidos todos os pontos de vista, quando e quais os limites das intervenções excessivas, assim como o porquê de mantê-los se o seu intuito é apenas prolongar o processo de morte (Fernandes & Coelho, 2014).

Temas como a futilidade terapêutica e as decisões em fim de vida são estudados por vários autores. Teixeira *et al* (2012), através de um estudo intitulado “Futilidade médica e decisões em fim de vida em pacientes críticos: percepção de médicos e enfermeiros na região central de Portugal”, cujo objetivo foi compreender a realidade do processo de tomada de decisão no final da vida em UCIs de vários hospitais da região central de Portugal, concluiu que mais de metade desses profissionais referem que, no que se refere à futilidade terapêutica, as razões são a dificuldade de aceitar a morte, a não-aceitação do insucesso terapêutico, a falta de formação sobre ética em fim de vida, a avaliação clínica incorreta e a falta de comunicação entre os diferentes intervenientes no processo de decisão.

Estes resultados vão de encontro ao defendido por Nunes (2015), que alude que as dificuldades decorrem de fatores mediadores na gestão das dificuldades éticas o diálogo entre os diferentes profissionais na equipe. Assim, entendo que na situação exposta anteriormente, se toda a equipa estivesse envolvida no processo de tomada de decisão e fosse informada relativamente à decisão médica de manter o suporte de função do doente, possivelmente não seria manifestada tal preocupação. A situação supraditada, surtiu em mim uma profunda reflexão sobre a temática e, perante a partilha da minha preocupação com a equipa de enfermagem cheguei à conclusão que se tratava de um episódio pontual e que, efetivamente, a equipa participa ativamente no processo de tomada de decisão. Assim, perante esse quadro clínico terminal/irreversível, mantive medidas que garantiram um bem-estar físico e psicológico, proporcionando uma morte digna, aquando da chegada da esposa.

Neste sentido, importa realçar que em CI é fundamental uma abordagem holística por parte da equipa multidisciplinar, pois a família constitui um foco do cuidar tão importante como o doente crítico, visto que o internamento neste contexto consiste num evento muitas vezes inesperado, conferindo alterações significativas na componente e estrutura familiar.

Durante a evolução do conhecimento da disciplina de enfermagem desenvolveu-se o conceito de transição, dizendo respeito ao processo que leva à inclusão das mudanças na forma de viver, com consequente reorientação e redefinição da forma de ser e de estar do indivíduo que a vive (Meleis, 2012). O papel do enfermeiro na vivência dos processos transacionais passa por reconhecer os momentos de crise e identificar os recursos disponíveis, por forma a facilitar todo o processo (Meleis, 2012).

Joyce Travelbee cit. por Chistóforo (2006) valoriza o relacionamento com a pessoa através da comunicação, da escuta, da percepção e do cuidado, instigando os sentimentos perante uma situação stressante como o medo, as dúvidas e as alterações emocionais.

Segundo a mesma, é necessário haver uma consciencialização relativamente à valorização do cuidado e da relação interpessoal. Defende ainda, a importância da preparação profissional do enfermeiro com o objetivo de humanizar os seus cuidados (Chistóforo, 2006, p.55).

Atendendo às anteriores reflexões, é inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar, o apoiar e o acompanhar a família do doente crítico. O Código Deontológico dos Enfermeiros prescreve respetivamente nas alíneas a) do artigo 84º que é função do enfermeiro “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2003, p.71). A mesma fonte, citando o Professor Walter Osswald, refere que utente e família não são “grandezas do mesmo género, ou seja, o dever de informar é ao doente e não à família” (OE, 2003, p.72), isto porque deve ser assegurado que a informação dada a familiares está de acordo com a vontade do utente.

A Carta dos direitos do doente internado (DGS, s.d.) refere que:

um prognóstico grave deve ser revelado com circunspeção e os familiares devem ser prevenidos, exceto se o doente, previamente, o tiver proibido, manifestando a sua vontade por escrito (...) os adultos legalmente "incapazes" ou os seus representantes legais devem beneficiar de uma informação apropriada (...) devem ser reservados períodos de tempo para que os familiares possam dialogar com os médicos e os enfermeiros responsáveis (p.7).

Mendes (2016) desenvolveu um estudo intitulado “Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos”, que teve como objetivo interpretar a experiência que a família de doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos possui, no que diz respeito à sensibilidade dos profissionais aquando a necessidade de informação. Indagou que os familiares, para além das palavras utilizadas, deram especial atenção à forma como esta era transmitida, o tom de voz usado, à disponibilidade do enfermeiro, ao espírito de iniciativa. Refere igualmente que a linguagem não verbal é um fator determinante na intervenção dos profissionais.

Ao longo do estágio em cuidados intensivos, procurei acolher a família de forma tranquila e personalizada, de forma a diminuir a ansiedade dos familiares, estabelecendo uma relação terapêutica, escuta ativa e disponibilidade. Foi uma experiência enriquecedora uma vez que os resultados da minha abordagem foram positivos, proporcionando diminuição de stress e ansiedade por parte destes, permitindo, posteriormente, envolvê-los no processo de cuidar.

Durante os estágios realizados e na minha vida profissional, procurei atuar demonstrando competências comunicacionais, usando diversos tipos de linguagem,

estabelecendo uma relação terapêutica, demonstrando sempre sentido e responsabilidade ética na informação transmitida. Procurei estar disponível sempre que possível, tirei dúvidas, esclareci, aquietei corações, tentei sempre gerir a informação utilizando o protocolo de transmissão de más notícias, intentando saber qual a informação que já tinham e qual era a que precisavam de saber, sempre tendo em consideração a minha área de competência. Quando a informação extrapolava a minha área de atuação, encaminhava-os para o profissional que os poderia ajudar, justificando-lhes o porquê dos meus atos.

Ainda refletindo sobre as competências comunicacionais e o estabelecimento da relação terapêutica, a primeira visita ao doente crítico internado em CI é muito importante para os familiares. Segundo Oliveira (2012), é fundamental, criar instalações que satisfaçam as necessidades dos familiares para tornar o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos menos intimidante. Devido à estrutura física da unidade de CI do HNM, o acolhimento à família é feito no corredor que dá acesso à unidade. É um espaço desprovido de qualquer conforto, descaracterizado e sem privacidade. No entanto, segui as orientações instituídas no procedimento do SMI para o acolhimento do utente e família/pessoa significativa. Demonstrei a minha preocupação relativamente a este aspeto ao Enf. Chefe, sendo que o mesmo já havia sido abordado, referindo-me que estavam a tentar solucionar essa lacuna, de forma que o acolhimento se torne mais humanizado.

Quando a abordagem à pessoa em situação crítica extrapola o ambiente controlado dos CI e passa a ser prestado em ambientes pouco controlados, são levantadas outras questões humanas/éticas, não só pela diversidade de cenários, como também pelo curto espaço de tempo para tomar decisões, pela escassa informação sobre comorbilidades e estado de saúde basal do utente, bem como sobre os seus desejos e valores, suscitando o aparecimento de inúmeras incertezas.

Deixo de seguida um exemplo de conflito ético-legal que surgiu com muita frequência ao longo do meu estágio na EMIR, decorrente das ativações para situações de PCR.

Num dos acionamentos da EMIR, fomos prestar cuidados a uma octogenária vítima de PCR que se encontrava no domicílio, na presença de familiares que iniciaram SBV e acionaram os meios através do 112 e, posteriormente, para o STAT-CIC. À nossa chegada, cerca de 10 minutos após o alerta, os bombeiros encontravam-se em manobras de SBV com Desfibrilador Automático Externo (DAE) sem registo de desfibrilhações. Após a colocação dos elétrodos e, procedendo à monitorização cardíaca, verificou-se que a doente se encontrava em assistolia. Foi realizada uma colheita de informação sobre patologias e

comorbilidades da vítima e, por decisão da equipa, foram suspensas as manobras de reanimação cardiopulmonar.

As paragens cardiopulmonares surgem, habitualmente, de forma inesperada, e as manobras de reanimação deverão ser iniciadas o mais precocemente possível e de forma eficaz. A ressuscitação cardiopulmonar é tida como o direito à vida e à saúde, um direito essencial de cidadania constitucionalmente consagrada. É princípio geral que se reanimem todas as situações em que não haja contraindicações, assumindo que todo o cidadão tem direito a ser reanimado. Entende-se por “contraindicações”, neste contexto, a presença de doença terminal e sem cura (o que exige conhecimento do diagnóstico e prognóstico), estados de *rigor mortis* ou putrefação ou decapitação (Carneiro, Albuquerque, & Félix, 2010). No entanto, a decisão de continuar ou suspender as manobras são tomadas com a chegada da equipa médica ao local e a Decisão de Não Reanimar (DNR) é clínica e, eticamente aceitável à luz do princípio da não maleficência.

O princípio da não maleficência obriga a não causar dano intencionalmente. Na ética médica, este princípio está intimamente relacionado com a máxima *primum non nocere*: “Em primeiro lugar, não causar dano” (Garcia, 2018). Logo, será aplicado quando a relação risco/benefício é desequilibrada e excessivamente penosa para o doente. O *European Resuscitation Council* (2015) refere igualmente que a reanimação cardiopulmonar não deve ser realizada em casos fúteis. Contudo, é difícil definir futilidade de uma maneira precisa, prospetiva e aplicável à maioria dos casos. Refere igualmente que, no que se refere à decisão de não reanimar, existem situações de não o fazer caso o doente tenha manifestado previamente a vontade de não ser reanimado e a existência de uma elevada probabilidade de a vítima não sobreviver mesmo instituídas manobras de reanimação.

No que concerne à situação acima descrita, tratava-se de uma senhora com comorbilidades significativas, entre elas hipertensão arterial, diabetes, insuficiência cardíaca e respiratória terminal, sendo que estas duas patologias têm critérios para ser acompanhada em Cuidados Paliativos. Segundo o Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2017), os cuidados paliativos especializados, destinam-se ao acompanhamento de situações complexas, entre as quais doenças em que há tratamento disponível para prolongar a vida, mas o prognóstico é incerto, onde estão incluídas a doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca e outras falências de órgão, fibrose quística e outras.

Segundo a OMS, os Cuidados Paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias que enfrentam problemas decorrentes de doença incurável e/ou grave,

prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (Catalão, 2015).

Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1995, s.p.), “quando não há esperança razoável de cura e as melhorias presumidas dependem de pesados sacrifícios físicos, impostos à pessoa doente pelos tratamentos a efetuar, são as regras da medicina de acompanhamento que devem prevalecer”. O objetivo principal é o de conseguir o maior conforto e bem-estar, tanto físico como psíquico e afetivo para a pessoa doente, em fase de incurabilidade.

Também, é possível constatar que o artigo nº 87 do Código Deontológico dos Enfermeiros refere-se ao respeito pelo doente terminal. Considera-se que o estágio de evolução é “terminal”, quando a “morte é previsível a, mais ou menos, curto termo” (OE, 2003, p.91). Neste caso, cabe ao enfermeiro acompanhar o doente nas diferentes etapas da doença, assegurando o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade, princípio consagrado em todas as cartas dos direitos dos utentes (OE, 2003). É igualmente dever do enfermeiro privilegiar a qualidade de vida, respeitando o direito a uma morte com dignidade, não sendo sujeito a tratamentos ou uso de terapia inútil, uma vez que a cura não é mais possível (OE, 2003).

Segundo dados estatísticos da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2019), após a paragem cardiorrespiratória, a vítima perde 10% de hipóteses de sobrevivência a cada minuto que passa, ou seja, ao fim de cinco minutos sem assistência, a vítima tem apenas 50% de probabilidade de sobreviver. A mesma fonte afirma ainda que o cérebro apenas sobrevive 3 a 5 minutos sem oxigénio.

Assim, considero que, na situação acima referida, foi igualmente respeitado o princípio da dignidade humana. Segundo o artigo nº 78 do CDE, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas “com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa e do enfermeiro” (OE, 2003 p.21), sendo assumido como um princípio moral. Desta forma, respeitei o doente terminal, proporcionando uma morte digna e, atendendo ao historial clínico da senhora, respeitei e fiz respeitar o corpo após a morte (alínea c do artigo n.º 87 CDE), ajudando a transferir a senhora para o leito e salvaguardando a sua intimidade e privacidade, retirando os elétrodos e cobrindo o seu corpo.

Ainda no contexto da PCR, vivenciei uma situação de um acionamento da EMIR para uma PCR numa das ruas mais movimentadas da cidade do Funchal, em plena hora de ponta, na qual tudo foi feito no sentido de respeitar a dignidade da pessoa em situação crítica.

Tratava-se de uma vítima do sexo masculino que apresentou uma síncope, sendo a mesma presenciada por uma bombeira que fez a abordagem inicial, avaliando a vítima, identificando que a mesma se encontrava em PCR, iniciando as manobras de SBV e acionando os meios para o local. À nossa chegada, a vítima encontrava-se sob manobras de SBV com DAE e, após a nossa abordagem inicial, iniciamos algoritmo de SAV para ritmos desfibrilháveis. Por duas vezes conseguimos que vítima restabelecesse o ritmo com pulso, no entanto, voltava a apresentar atividade elétrica sem pulso. Posto isto, após mais de 1 hora de reanimação, as manobras foram suspensas, tendo sido declarado o óbito no local. É de salientar que a esposa esteve sempre presente durante a reanimação.

Nesta situação em particular, levantam-se questões éticas como o respeito pela intimidade e o dever de sigilo. Segundo o artigo 86º do Código Deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro assume o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família” (OE, 2003 p.87). A privacidade diz respeito à pessoa e, o íntimo, ao que é profundo: a sua essência. Relativamente à situação acima descrita, respeitei a intimidade e privacidade da vítima, fechando a porta do estabelecimento, colocando tecido na *vitrine*, pedindo a alguns funcionários para aguardarem na rua. Foi pedida igualmente a colaboração da PSP, por forma a manter a proteção de ingerência por terceiros.

Embora o ambiente e contexto de atuação não fosse o melhor, foi nossa preocupação manter as informações confidenciais. O artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros, refere que o mesmo é obrigado a “guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (OE, 2003 p.79). Como estratégias para tal, usamos tom de voz baixo e a redução/restricção da informação ao necessário. Trabalhar em ambientes despromovidos de privacidade, torna-se um desafio para todos os profissionais e, muitas vezes, esse princípio é violado. Outro aspeto marcante foi a presença da esposa durante a reanimação, sendo que várias questões éticas têm sido levantadas relativamente à presença de familiares durante a reanimação.

Desde a década de 80, que a presença de um membro da família durante o processo de ressuscitação tornou-se uma prática aceite em muitos países. O *European Resuscitation Council* (ERC) apoia os familiares que têm a opção de estar presentes durante uma tentativa de reanimação (ERC, 2015). Segundo a mesma fonte, o fato dos familiares assistirem a todo o processo de reanimação pode trazer benefícios aos membros da família, reduzindo a culpa ou o desapontamento, permitindo tempo para aceitar a realidade da morte e ajudar o processo de luto (ERC, 2015). Ideia corroborada pela *American Heart Association*, que prevê nas suas

guidelines a presença de membro da família nas situações de reanimação de forma a apoiá-los e confortá-los desde que estes estejam preparados para assistir a situações de reanimação (Soares *et al*, 2016).

Numa revisão de literatura, sobre as atitudes de enfermeiras de emergências diante do conceito de reanimação presenciada, Martínez e Liza (2018), descrevem atitudes positivas e negativas perante a presença de familiares. Descrevem como atitudes positivas a tranquilidade, a empatia, a segurança e ser facilitadora do processo de luto. Como atitudes negativas, apontam o stress, o medo, a impotência e essencialmente, a sensação que os familiares podem dificultar o processo de reanimação (Martínez e Liza, 2018).

Perante o exposto, foi preocupação da equipa, informar e apoiar a esposa ao longo deste processo. A mesma, embora assustada e com medo de perder o seu marido, não dificultou o processo de reanimação. Esse apoio foi-lhe prestado através do estabelecimento de uma relação terapêutica, promovendo escuta ativa e utilizando a linguagem não verbal para a transmissão de informação. É importante ainda salientar que, no âmbito da Emergência Pré-Hospitalar (EPH), como profissionais, por vezes, sentimo-nos desprotegidos, pois é um momento que requer um grande esforço físico e mental para atender à vítima em PCR. No entanto e, como referido anteriormente, nunca nos devemos esquecer que a família necessitará do nosso apoio, o que implica a necessidade de ter uma visão holística e integral atendendo às necessidades da mesma (Martínez e Liza, 2018).

Em síntese, durante os estágios e ao longo da minha prática profissional pautei a minha atuação, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, bem como respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, adquirindo competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Encarei a pessoa como um ser único e indivisível, inserido numa família, numa cultura, com valores próprios. Promovendo a proteção dos direitos humanos e gerindo na equipa cuidados pautados pela segurança, privacidade e pela dignidade da pessoa.

2.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

Atualmente, assiste-se a uma grande procura e preocupação com a qualidade, associada a uma redução de custos e a uma maior eficiência do sistema de saúde.

Assim sendo, “a necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da

Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade” (OE, 2001, p.5).

Em saúde, a definição de qualidade é multifacetada, sendo que a OE (2001), refere que qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local. Logo, cabe às instituições a busca ativa pela promoção da qualidade em saúde garantido um cuidado de excelência aos seus utilizadores.

Para responder às necessidades de desenvolvimento destas organizações de saúde, existem, presentemente, várias ferramentas que de uma forma fiável pretendem contribuir para a melhoria contínua da qualidade, exigida aos hospitais de agora e do futuro (Bastos e Saraiva, s.d.).

Em Portugal, o Departamento da Qualidade na Saúde, criado no âmbito da Direção-Geral da Saúde, assume o papel de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, sendo uma das suas principais incumbências o dever de implementar um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, baseado num modelo sustentável e adaptado às características do sistema de saúde português (DGS, 2014). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, tendo como missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (DGS, s.d.).

O modelo oficial de acreditação em Portugal baseia-se no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia* (Modelo ACSA International). Este modelo coloca a pessoa no centro do sistema de saúde e põe a tónica na acreditação da gestão clínica, tendo sido concebido como uma ferramenta evolutiva de trabalho, que encaminhará os profissionais de saúde durante o processo de acreditação dos serviços onde trabalham na procura da melhoria contínua, atravessando todas as dimensões da qualidade em saúde (DGS, 2014).

Como já referido anteriormente, exerço funções no Centro de Saúde de Machico – Serviço de Urgência. Este Centro de Saúde obteve, em janeiro de 2017, a Acreditação de Qualidade de Nível Bom pela DGS, processo esse que durou cerca de um ano e meio e envolveu todos os profissionais do Serviço (SESARAM, s.d.). O reconhecimento da qualidade clínica de acordo com padrões internacionais predefinidos permite, por um lado, a articulação harmoniosa com os diferentes eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e, por outro, a possibilidade do Ministério da Saúde cumprir a obrigação de pugnar, ele próprio, pela melhoria da qualidade dos serviços que tutela e de auditar

continuamente por pares portugueses (DGS, s.d.). É uma mais-valia a acreditação do serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional, pois um serviço de saúde de qualidade é aquele que organiza os recursos de forma eficaz, indo ao encontro das necessidades de saúde dos utentes, de forma segura e sem perdas acrescidas, não só na qualidade de atendimento como também na capacidade para alcançar elevados níveis de fiabilidade e garantia de serviço.

Segundo a DGS (2014), o percurso para a melhoria contínua envolve toda a organização, desde os responsáveis máximos a todo o grupo de profissionais e colaboradores que nela trabalham, os quais devem estar firmemente comprometidos neste processo. Toda a organização encontra-se assim envolvida num processo de mudança progressivo e contínuo.

O modelo de acreditação ACSA está estruturado por um conjunto de padrões de referência denominados por *standards*. Estes, são utilizados para analisar, avaliar e reconhecer a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde prestados ao cidadão, bem como para orientar os profissionais na escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade clínica e de gestão da qualidade em geral e para apoiar o processo de melhoria contínua (DGS, 2014).

Ao longo do processo de acreditação do SU de Machico, colaborei na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional, identificando oportunidades de melhoria. Fui elemento responsável por garantir o controlo da caducidade e condições de armazenamento dos medicamentos e material clínico (Standard S 26 10.06_00), desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, como por exemplo na realização de um Processo Assistencial Integrado (PAI), que irei escrutinar posteriormente.

Neste domínio de competência, o enfermeiro especialista:

Colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional (Regulamento n.º 140/2019, p.4747).

Seguindo esta linha de raciocínio, desde o início do ano de 2019, que faço parte de um grupo de trabalho para a criação de um PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica para o Centro de Saúde de Machico e Serviço de Urgência. Os PAI são processos organizacionais que colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema. A continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de

cuidados são reconhecidas como elementos essenciais para garantir que o doente recebe de forma atempada e efetiva os melhores cuidados de saúde (DGS, 2018).

Considero uma mais valia estar integrada neste grupo de trabalho, visto que, para além de mobilizar conhecimentos e habilidades, criando um protocolo de atuação por forma a uniformizar cuidados e garantindo a melhoria contínua da qualidade, também desenvolvi competências de enfermeiro especialista, pois, segundo Peres *et al.* (2013), o enfermeiro especialista encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite, tendo em conta as suas conceções de cuidados, ser agente de mudança, organizando a prestação de cuidados e incentivando o trabalho coletivo para atingir um nível de qualidade adequado, capaz de servir as necessidades de saúde dos clientes.

Seguindo a ótica da melhoria contínua da qualidade, a segurança do utente/utilizador tem assumido uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os utilizadores e familiares que desejam se sentir seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (Grupo Gestão do Risco, 2019).

Assim sendo, através da circular informativa n.º8 de 10 de abril de 2017, foi criada a Comissão de Gestão do Risco Global do SESARAM, EPERAM, tendo esta como missão assegurar uma abordagem integrada de todas as vertentes do risco clínico e não clínico, risco laboral e o risco ambiental, salvaguardando as competências específicas e legais das estruturas já existentes que atuam em áreas especializadas de risco, promovendo a interligação com as mesmas ou com outras estruturas de peritos que venham a surgir (SESARAM, s.d.).

Desde o ano 2017 que desempenho funções de elo de ligação do Risco não Clínico no meu serviço, fazendo avaliação contínua do mesmo, colaborando com o núcleo de saúde ocupacional, implementando planos de ação, disseminando a formação recebida sobre esta temática e realizando a monitorização do espaço físico e equipamentos, com principal foco nos equipamentos de segurança contra incêndios e a segurança de bens e pessoas.

A ocorrência de eventos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados assim como um instrumento de perda financeira e de custos por parte dos serviços de saúde. Desta forma, acarreta um maior empenho dos sistemas de saúde para prevenir os mesmos e, consequentemente, aumentar a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados (WHA, 2002; OE, 2006).

Segundo Oliveira (2005), os objetivos da gestão do risco (clínico e não clínico) são:

desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar os riscos; estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito direto e consequente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efetivas; proteger o hospital e respetivo pessoal de responsabilidades legais” (p.13).

De acordo com Silvério, Silva, Benito, Santos e Lucas (2012),

o enfermeiro gestor do risco clínico pode assumir um papel exclusivo na implementação, supervisão e monitorização de todas as etapas do processo de gestão do risco clínico, sendo um mediador da comunicação e um elo de ligação entre todos os intervenientes, em todas as etapas do processo (s.p.).

Desta forma, ao desempenhar funções como elo de ligação do Risco não clínico, atendo à unidade de competência explanada no Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro que enuncia que:

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem -estar e gerindo o risco (p.4747).

Ainda no âmbito da minha atividade profissional, importa realçar que, desde maio de 2019, o SESARAM, EPERAM disponibiliza um sistema informático de notificação, gestão e controlo de ocorrências. Após receber formação sobre a sua utilização, transmiti e fomentei o uso da mesma como recurso formal para a participação de incidentes, de forma que os mesmos fossem avaliados, investigados e encaminhados para uma resolução, pois, segundo o Regulamento anteriormente referido, cabe igualmente ao enfermeiro especialista participar na gestão do risco ao nível institucional, envolvendo os colaboradores na gestão do risco, bem como fomentar o uso de mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.

Relativamente ao SMI/UCIP do HNM, este encontra-se acreditado pela DGS, com a qualidade de nível Bom desde 2017. Neste sentido, toda a equipa desenvolveu um trabalho na melhoria contínua da qualidade, implementando protocolos e formulando processos assistenciais integrados. Os PAI são instrumentos legais, que devem ser construídos de acordo com os princípios da prática baseada na evidência e favorecem a adoção das melhores práticas.

Um dos processos assistenciais, vigentes no serviço, corresponde à emergência intra-hospitalar (adulto). Durante o estágio tive a oportunidade de aplicar este PAI numa situação em que a equipa de emergência médica intra-hospitalar foi acionada. Para além do mesmo ser um guia orientador, explana as responsabilidades dos diferentes profissionais que desenvolvem a atividade assistencial. Senti que é uma mais-valia para a uniformização da

atuação, dando a oportunidade à gestão de monitorizar e auditar as diferentes fases do mesmo, levando à obtenção de indicadores de resultado.

Segundo a norma da DGS n.º 002/2013 de 18/02 relativa aos PAI, a continuidade assistencial garante que o doente receba os melhores cuidados de saúde, de forma atempada e efetiva com base na evidência e consenso científico. Refere ainda que a abordagem do PAI é multidisciplinar e baseada numa visão integral e integrada, pressupondo a reanálise de todas as atuações que o doente é alvo, do início ao fim, podendo este ser alvo de melhoria prestando cuidados globais, de forma clara e racionalizando os recursos necessários por forma a otimizar os mesmos (DGS, 2013).

Na procura da melhoria contínua da qualidade, são desenvolvidos vários projetos no SMI/UCIP. Entre eles encontra-se a monitorização das úlceras por pressão (UPP). Segundo a DGS (2011), as UPP são consideradas um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, pelo que, a avaliação do risco de desenvolvimento das mesmas nos doentes, deve ser avaliado em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e das necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente num serviço. Em Portugal o instrumento validado para a avaliação do risco no adulto é a Escala de Braden (DGS, 2011).

Deste modo, avalei o grau de risco dos utentes para o desenvolvimento de UPP, na sua admissão e, de 24/24h, aplicando a escala de Braden (versão adulto). Esta escala é constituída por seis subescalas, com objetivo de avaliar seis dimensões, que são: Perceção sensorial; Humidade da pele; Atividade; Mobilidade; Nutrição; Fricção; e Forças de Deslizamento. Após essa avaliação é atribuído um *score* que varia entre 6 e 23. Quanto maior o *score*, maior o grau de risco para o doente desenvolver UPP.

Paralelamente a esta monitorização, procedi à avaliação da pele do utente durante os cuidados de higiene e/ou conforto à pele, aquando dos posicionamentos e sempre que achei necessário. Segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (2014), a avaliação da pele e dos tecidos é importante para prevenir, classificar, diagnosticar e tratar úlceras por pressão. Para tal, é importante não só monitorizar a integridade da pele, como também a temperatura da mesma, a presença de edema e alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. Em CI, torna-se igualmente fundamental inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, como por exemplo interfaces BPAP (*Bi-level Positive Airway Pressure*). Atendi igualmente aos princípios de manter a pele limpa e seca, protegendo a pele

da exposição à humidade excessiva. Massajei e apliquei creme hidratante nas proeminências ósseas e aliviei a pressão em zonas de alto risco para desenvolvimento por UPP.

Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015:

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (p.3882).

Um dos objetivos estratégicos definidos neste despacho relaciona-se com a prevenção da ocorrência de quedas. As quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade e, o seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde. Em Portugal, não existe uma política nacional consensualizada de intervenção nesta matéria, pelo que, segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar estratégias de intervenção para a prevenção e redução de quedas e proceder à sua auditoria, de forma periódica.

O SESARAM, EPERAM, enquanto instituição prestadora de cuidados, e atendendo ao anteriormente descrito, considerou fundamental conhecer, avaliar e monitorizar o risco de quedas, pelo que desenvolveu um projeto, por forma a implementar medidas de prevenção nessa área, nomeadamente na gestão do ambiente, vestuário, do controlo de fatores intrínsecos ao utente, tendo igualmente a responsabilidade de formar e sensibilizar todos os colaboradores com o objetivo de introduzir melhorias na qualidade de vida dos utentes e minimizar os custos em saúde. Dados referentes ao 2º semestre de 2018, referem que na Unidade de Cuidados Intensivos foram reportadas duas quedas, em 3044 dias de internamento, constituindo assim um índice baixo (SESARAM, s.d).

No sentido de prevenir as quedas, ao longo do estágio SMI/UCIP, procedi à avaliação do risco na admissão do cliente, através do preenchimento da Escala de Quedas preconizada pela instituição, procedendo à sua monitorização e reavaliação sempre que necessário. Para tal, elevei as grades laterais das camas e macas, de forma a prevenir as quedas e a monitorização de utentes com alteração do estado de consciência foi contínua.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação (despacho n.º 1400 – A/2015). As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, bem como ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à

monitorização da terapêutica. Por conseguinte, ao longo dos estágios, assegurei a aplicação dos requisitos universais para garantir a segurança da administração de substâncias, implementando a regra dos 5 “certos” (doente certo; medicamento certo; dose certa; horário certo; via certa) e, em particular no SMI/UCIP, com a consulta do procedimento relativamente à administração segura de terapêutica.

O SESARAM, EPERAM implementou práticas seguras no que diz respeito aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos “Look-alike” e “Sound-alike” ou, simplesmente, medicamentos LASA, através das direções clínicas, das comissões da qualidade e segurança, dos médicos, dos enfermeiros, dos farmacêuticos, dos técnicos de farmácia. O provimento destas estratégias faz com que haja uma prática mais segura na administração de medicamentos, diminuindo o número de ocorrências/incidentes, relacionados com a administração dos mesmos.

Relativamente ao estágio realizado na EMIR, tive a oportunidade de participar e colaborar no projeto de melhoria contínua da qualidade, relativamente ao Projeto Regional de Desfibrilhação Automática Externa (PRDAE). Segundo Gomes (2019), a Morte Súbita de causa cardíaca corresponde a 20% de todas as mortes, com uma incidência de cerca de 1 por 1000 habitantes/ano. Em 2/3 das situações é provocada pela doença coronária e contribui para a mortalidade dos doentes coronários em mais de 50% dos casos. Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, no seu *site* oficial, em Portugal, estima-se que todos os anos 10 mil pessoas sejam vítimas de morte súbita.

Considerando o anterior, o Decreto Legislativo Regional n.º 31/2009/M, de 30 de dezembro adaptou à Região Autónoma da Madeira o Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto, que estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de atos de desfibrilhação automática externa por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos. Cabe ao SRPC, IP-RAM, através do SEMER, o papel central na regulação da atividade dos mesmos em ambiente extra-hospitalar, nomeadamente licenciar a utilização de DAE, quer no âmbito do Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro da Região Autónoma da Madeira (SIOPS-RAM), quer em locais de acesso público, bem como, monitorizar e fiscalizar o exercício do DAE.

Nesse âmbito, durante o estágio foi-me proposto colaborar no programa de manutenção dos DAE's (das corporações de bombeiros) desenvolvido pelo SEMER, de modo a garantir a operacionalidade dos mesmos. Segundo o Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na sua disseminação até ao nível operacional.

Com intuito de atingir esse objetivo, assim como a melhoria da qualidade neste projeto, para além de participar na conceção de metas para este projeto, colaborei e procedi à substituição de baterias dos DAE's existentes nas Ambulâncias de Socorro (ABSC) de diferentes corporações da região, verificando igualmente os prazos de validade dos consumíveis e preenchendo a folha de registo. Foi minha preocupação ao longo deste processo, informar os bombeiros do motivo da substituição das baterias e planear nova data para a verificação e substituição das mesmas, tornando-se assim uma mais-valia no meu processo de aprendizagem, visto que, para além de alertar para a importância da operacionalidade dos DAE's, fui ao encontro a uma unidade de competência, que refere que o EE colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.

O SEMER é igualmente responsável por proceder a auditorias de controlo e reposição das malas medicalizadas das ambulâncias de socorro tipo B (ABSC) das corporações de bombeiros da RAM. Sendo assim, ao longo do estágio colaborei na proposta de revisão do Kit de reanimação. O Kit de Reanimação é constituído na fase inicial por luvas, compressas e lâmina tipo gilete, armazenado numa bolsa de cor vermelha que deverá estar alocada junto ao DAE nas ambulâncias tipo B. Estes deverão futuramente substituir as malas medicalizadas que se encontram nessas viaturas pois, após reflexão em equipa, chegou-se à conclusão que o custo de manutenção das referidas malas é muito elevado relativamente ao uso que lhes é dado.

Após o descrito neste subcapítulo e, tendo como convicção que o papel do enfermeiro especialista nesta dimensão é de enorme importância, as instituições deveriam incluir os mesmos com mais constância em projetos relacionados com a melhoria contínua da qualidade pois, segundo Carbogim, Santos, Alves e Silva (2010), profissionais mais qualificados e conscientes da sua prática profissional, com capacidade crítica e de resolução problemas, são fundamentais para a melhoria do nível da qualidade da assistência em saúde.

2.3. Domínio da Gestão de Cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista adequa os recursos às necessidades de cuidados, procurando promover a qualidade dos mesmos. Ideia corroborada pela OE (2019), que refere que, neste âmbito, cabe ao mesmo a otimização dos recursos por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o Despacho n.º 5613/2015, a cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, assim e respeitando a Recomendação do Conselho da

União Europeia, de 9 de junho de 2009, surge como prioridade a segurança dos doentes e o empenho contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Compete assim à OE contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que:

reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais (OE, 2019, p.128).

O cálculo de dotações seguras em enfermagem, procura estabelecer de forma quantitativa e qualitativa o equilíbrio entre os recursos de enfermagem e as necessidades de cuidados, por forma a prestar melhores cuidados ao público-alvo. A forma como está organizada a prestação de cuidados, cuja responsabilidade é do enfermeiro gestor, reflete como são pensados e prestados os cuidados por toda a sua equipa, espelhando-se na qualidade da assistência prestada (Freitas, 2015).

Por conseguinte, durante dois anos, desenvolvi a minha atividade profissional no Serviço de Urgência do Porto Santo (SU-PXO), classificado como Serviço de Urgência Básico (SUB), situado numa ilha onde a dupla insularidade predomina nos diferentes aspetos, influenciando os meios humanos, materiais e, atendendo que essa experiência desenvolveu-se ao longo dos anos 2003-2005, acresce outras problemáticas, como por exemplo, a ausência da EMIR nos períodos de maior afluência populacional. O número de elementos de enfermagem por turno era de um, sendo que esse mesmo elemento tinha que assegurar a prestação de cuidados no SU e no Serviço de Internamento (com um total de 4 camas).

Para desenvolver funções e cuidados seguros, foi preciso desenvolver competências na gestão dos cuidados, otimizando a minha capacidade de resposta, na tomada de decisão, bem como supervisionando as tarefas delegadas. Num dos turnos da noite, foi admitido no serviço, vindo em viatura particular, um utente do sexo masculino, com 75 anos, apresentando quadro clínico de dificuldade respiratória, taquipneia, hipersudorese, dor torácica, com palidez facial acentuada, cianose labial e expectoração rosada. Dada a gravidade do quadro clínico, transferi o utente para a sala de emergência, onde foi diagnosticado com um EAP, considerado uma situação de emergência.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (p.19362).

O papel do enfermeiro no tratamento do EAP é fundamental para a recuperação do utente, no entanto, perante esta situação e, para responder às necessidades do utente, foi necessário delegar algumas intervenções à assistente operacional (AO). Segundo o parecer 136/2007, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos, e assegurar apropriada delegação de atividades e tarefas (OE, 2007).

De acordo com o REPE, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem” (Decreto-Lei 161/96 de 4 de setembro, p.2961). Baseado no anteriormente descrito, foi minha preocupação, desde o início das minhas funções, como único elemento de enfermagem no serviço, preparar e instruir a AO sobre as tarefas as quais lhe delegava, de entre as quais a colocação da braçadeira para avaliação da tensão arterial.

Ao fazê-lo, tive sempre em atenção ao definido no Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo n.º 88, que refere que o enfermeiro tem o dever em todo o ato profissional de “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delega, assumindo a responsabilidade dos mesmos” (OE, 2003, p.99).

Assim sendo, e tendo por base o supradescrito, o papel do AO foi primordial, visto que, enquanto eu procedia a intervenções que apenas eu as podia realizar, o AO executava tarefas por mim delegadas, permitindo assim agilizar a atuação e ganhar tempo na estabilização do utente.

A forma como a prestação de cuidados está organizada, cuja responsabilidade é do enfermeiro gestor, reflete como são pensados e prestados os cuidados por toda a sua equipa, refletindo-se na qualidade da assistência prestada (Silva, 2017). Ao longo da minha experiência profissional em SU, recorri ao método de enfermeiro responsável. Este método caracteriza-se pela responsabilidade individual do enfermeiro nas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus utentes, afirmando-se na descentralização da tomada de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência (Silva, 2017).

A efetivação da gestão dos cuidados é também dependente do processo de enfermagem, é através deste que o enfermeiro sistematiza a sua assistência, identificando necessidades do utente e delineando os diagnósticos de enfermagem. Segundo Potter e Perry (2006), o processo abarca cinco fases/etapas interligadas, visando, essencialmente, a planificação de cuidados personalizados, que são: a apreciação inicial; o diagnóstico de enfermagem; o planeamento; a implementação; e a avaliação. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, que possibilita alteração dos cuidados à medida que se alteram as necessidades do utente.

Em todos os contextos de atuação ao doente crítico, a aplicação do processo de enfermagem melhora a gestão dos cuidados prestados, visto que possibilita uma assistência de qualidade. Em unidades de cuidados intensivos, lugar onde estão os doentes mais críticos, esse cuidado sistematizado é imprescindível para uma assistência efetiva e de excelência (Viana, Silva, Ferreira *et al*, 2018). Através da identificação de um diagnóstico de Enfermagem, o cuidado ao doente é direcionado e personalizado, diminuindo a fragmentação dos cuidados, garantindo o seguimento dos mesmos, permitindo analisar a sua eficácia ou alterá-los, de acordo com os resultados na recuperação do utente.

Outra área da gestão dos recursos e dos cuidados, em unidades de cuidados intensivos, consiste na avaliação do índice de gravidade dos doentes internados e da carga de trabalho de enfermagem. Em Portugal, o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) é o único índice de avaliação validado de forma multicêntrica, todavia este foi revisto e modificado no ano de 2003 por Miranda e Colaboradores, tendo resultado o *Nursing Activities Score* (NAS). As escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem são uma ferramenta de gestão importante em cuidados intensivos, sendo o TISS-28 a escala adotada pela UCIP do HNM, onde desenvolvi o meu estágio II. Esta escala é preenchida uma vez por dia e reflete a carga de trabalho efetuado nas 24 horas prévias, baseando-se nas atividades básicas, como suporte: respiratório; cardiovascular; renal; neurológico; metabólico; e noutras intervenções específicas, variando entre 0 e 78 pontos (Pinto e Pires, 2009).

Esta ferramenta torna-se num importante instrumento de gestão para o planeamento e avaliação das atividades de Enfermagem. Colaborei com o chefe de equipa no preenchimento do *scoring* TISS-28, que se realiza no turno da noite, adequando os recursos humanos às necessidades de cuidados, permitindo a excelência do exercício profissional. Ao fazê-lo, otimizei o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, segundo a unidade de competência enunciada no Regulamento 140/2019.

No estágio realizado na EMIR, relativamente à gestão dos recursos materiais, colaborei na verificação da operacionalidade do veículo e dos dispositivos eletrônicos nele alocados, bem como as cargas e respetivas baterias. Verifiquei o material das malas seguindo a *check-list*, promovendo cuidados seguros e garantindo a qualidade dos cuidados.

Durante as situações de emergência, tive um papel ativo, assumindo funções específicas na gestão dos cuidados. Segundo Oliveira (2017), a primeira etapa inicia-se a caminho do local da ocorrência após acionamento dos meios, em que a equipa analisa a informação recebida, por forma a gerar linhas orientadoras de atuação perante os diversos cenários possíveis. Sendo assim, a preparação permitirá maior celeridade e segurança da equipa durante o processo de socorro.

Baseado no descrito, foi minha preocupação gerir com o meu tutor a abordagem inicial e o estabelecimento de prioridades perante as situações que nos foram descritas pelo STAT-CIC. Assim, após a chegada ao local da ocorrência, debruçamo-nos na necessidade de recurso a medidas de proteção específicas, na identificação de potenciais riscos para as pessoas presentes, na necessidade de mobilizar outros meios e equipas para o local e na determinação do número e tipo de vítimas. É de extrema importância estar atenta ao cenário e às suas características, pois este fornece informações importantes sobre o padrão de lesão e as características da energia cinética envolvida, fazendo com que a nossa abordagem fosse mais direcionada.

De acordo com Valente (2012), a avaliação primária das vítimas, em contexto PH, é realizada de forma vertical, ou seja, através da verificação sequencial das várias etapas sugeridas pela mnemónica ABCDE (em inglês) e pela sua ordem de prioridade.

A abordagem ABCDE, é aplicável em todas as emergências clínicas para avaliação e tratamento imediatos, sendo esta uma abordagem amplamente aceite por especialistas em emergência, pois ao aplica-la há melhoria dos resultados e ajuda os profissionais de saúde a direcionar o seu foco para os problemas clínicos que resultaram maior risco de vida (Thim, Krarup, Grove, Rohde, Lofgren, 2012).

Por conseguinte, e atendendo à sua importância e ao explanado anteriormente, foi esta a abordagem utilizada por mim ao longo do estágio, fazendo com que a gestão de cuidados se tornasse sistematizada e uniforme, otimizando o trabalho da equipa e, consequentemente, a qualidade dos cuidados.

Desta forma, considero ter atingido os objetivos para a competência do domínio da gestão dos cuidados, realizando uma gestão de cuidados efetiva e otimizando a resposta de

enfermagem perante cada contexto, sempre com a máxima garantia da qualidade dos cuidados.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A enfermagem, enquanto profissão da saúde, depara-se também com constantes evoluções, onde o processo de transformação social é célere, conduzindo a uma potencial desatualização dos conhecimentos e das técnicas, pelo que se torna premente uma constante adaptação, renovação e enriquecimento dos conhecimentos adquiridos na formação inicial (Rodrigues, 2011).

O Código Deontológico do Enfermeiro no seu artigo n.88, alínea c, relativamente à excelência do exercício, refere que o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2003, p.99).

Atendendo à importância da formação contínua, para a prestação de cuidados de qualidade, adotei estratégias ao longo do meu percurso profissional que me permitiram a renovação contínua de saberes, em especial os relacionados com a abordagem à pessoa e família em situação crítica. Posto isto, frequentei diversas formações relacionadas com esta temática, como por exemplo o SAV/DAE, ATCN, MRMI, Triagem de Manchester e Formação avançada em Cuidados Paliativos, pois a permanente busca de conhecimentos científicos atuais, constitui uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista na melhoria dos cuidados prestados.

A minha experiência profissional aliada à formação adquirida na unidade curricular (UC) de Gestão, Formação e Supervisão em Enfermagem, mais concretamente no módulo de Formação e nos ensinamentos clínicos do curso de mestrado, permitiram-me desenvolver o autoconhecimento e assertividade, que é central na prática de enfermagem, demonstrando-se fundamentais para a aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Como mencionado anteriormente, durante dois anos exerci funções no SU do Porto Santo. Embora recém-formada e com pouca formação, usei como estratégias a pesquisa bibliográfica e a formação em serviço, para aumentar o meu conhecimento e poder prestar cuidados de qualidade. Ao longo desses anos presenciei a vários casos de utentes com EAM sendo que, após a primeira vez que prestei cuidados ao utente acometido dessa patologia, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos, optando por estudar e pesquisar mais sobre esta temática. Ao fazê-lo, pude mobilizar os saberes adquiridos na formação de base,

conjuntamente com os adquiridos através da pesquisa bibliográfica, atuando com vista à estabilização hemodinâmica e, posteriormente, procedendo à transferência do mesmo para a ilha da Madeira. Perante as situações seguintes, foi notória a minha evolução no sentido da agilidade, destreza, capacidade de raciocínio e organização do cuidado ao doente acometido de EAM. Senti que, progressivamente, fui aperfeiçoando a minha prática em momentos sob pressão, gerindo os sentimentos e emoções, obtendo uma resposta eficiente e, conseqüentemente, atuando de forma segura, confiante e em tempo útil. Em suma, adquiri consciência dos meus limites pessoais e profissionais, tendo desenvolvido estratégias para os superar e gerando respostas de adaptabilidade.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi desenvolvido ao longo dos estágios, com a reflexão não só das aprendizagens adquiridas, mas também com a consciencialização dos meus recursos e limites enquanto pessoa e enfermeira, ou seja, a consciencialização de todo o meu desenvolvimento. A constante necessidade de atualização bibliográfica, para a aquisição de conhecimentos e competências na prática clínica foi fundamental para poder decidir e fundamentar, de forma pertinente, todas as minhas intervenções. Embora transversal a todos os campos de estágio, senti maior necessidade de aprofundar e atualizar conhecimentos no estágio da UCIP, dadas as características do serviço e à especificidade do mesmo.

No ensino clínico III – Opção, elaborei um projeto de autoformação. A autoformação é vista como um pilar fundamental para a prática de enfermagem, pois torna-se facilitadora a nível da autoconsciência/autocrescimento/autoconhecimento, facultando e motivando o desenvolvimento de competências específicas de caráter pessoal e profissional (Rodrigues, 2011). Este foi uma mais-valia, pois tornou-se facilitador do conhecimento e da aquisição de competências, aprofundando novos saberes e conhecimentos especializados e diferenciados, dando corpo à prática, permitindo uma prestação de cuidados baseado na evidência científica.

No decorrer do ensino clínico III, também tive a oportunidade de assistir à Formação Inicial de Operadores de Telecomunicações e sistema de triagem e aconselhamento telefónico, ministrada pelo SRPC-IP-RAM, com o objetivo de dotar os formandos de conhecimentos e competências essenciais para assegurar o atendimento das chamadas de socorro. Objetivos esses que adquiri e que considere importantes, uma vez que alcancei conhecimentos de como operacionalizar um rádio e de como proceder à transmissão de informação através desse dispositivo, sendo que coloquei em prática esses conhecimentos durante uma transferência inter-hospitalar, para transmitir informação à EMIR. Adquiri e

aprofundei igualmente conhecimentos no atendimento de chamadas de urgência/emergência e de como proceder perante uma pessoa que se encontre em pânico, de forma que a mesma forneça a informação necessária para dar início ao socorro.

Deste modo, o contributo dos ensinamentos clínicos II e III, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi extraordinário. O contato com diferentes realidades, diferentes serviços e com outros profissionais, exigiu de mim uma grande capacidade de adaptabilidade individual e organizacional. Considero que demonstrei capacidade de autoconhecimento, assertividade e autoformação, refletindo sobre a prática, reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais, procurando sempre ultrapassá-los, atualizando conhecimentos e baseando toda a praxis clínica especializada na evidência científica.

CAPITULO III – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do enfermeiro especialista são resultantes das competências comuns, num campo de atuação definido por cada especialidade, através de um elevado nível de adequação às necessidades de saúde das pessoas. Neste ponto de vista, o enfermeiro especialista deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico da enfermagem, de forma a obter uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde e doença dessa área de atuação (Fernandes, 2015).

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a avaliação diagnóstica e monitorização são constantes e assumem uma importância máxima. Logo, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na vertente da pessoa em situação crítica. São igualmente competências específicas, a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação (Regulamento n.º 429/2018). seguidamente, passo a perscrutar como cada das competências foi desenvolvida e adquirida ao longo da minha vida profissional e dos estágios.

1.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Segundo o Despacho n.º 18459/2006, “emergência e urgência médica é definida como sendo a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (p.18611). Neste contexto, ao longo da minha prática clínica em urgência, prestei cuidados a pessoas em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), Edema agudo do Pulmão (EAP), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Politraumatizados, identificando sinais e sintomas da patologia e direcionando a minha atuação para o controle sintomático e estabilização hemodinâmica do utente.

Em 2017, nos países da OCDE, morreram mais de 10 milhões de pessoas, o equivalente a cerca de 800 mortes por 100.000 habitantes, sendo que doenças do sistema circulatório e cancro foram as duas principais causas de morte na maioria dos países (OECD, 2019).

No SU, onde desenvolvo a minha atividade profissional, assisti a várias situações de pessoas em situação crítica, em que a mobilização dos meus saberes e conhecimentos em

tempo oportuno foi indispensável para responder de forma atempada e eficaz às mesmas. Uma das situações, por mim vivenciadas, refere-se a um utente de 70 anos, que deu entrada no SU a pedir ajuda uma vez que não se estava a sentir bem. Encontrava-se consciente, orientado e comunicativo, referia dor tipo “peso” na região infraclavicular esquerda com irradiação para o membro superior homolateral. Tinha como antecedentes pessoais, diabetes tipo II, hipertensão arterial, sem história de patologia cardíaca prévia. Transferi-o de imediato para uma sala de atendimento, avaliei sinais vitais, explicando todo o procedimento, e informei a restante equipa, implementando assim precocemente uma intervenção precisa, eficiente e eficaz, utilizando técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica, como a utilização uma linguagem simples, clara, concisa e apropriada ao momento e circunstâncias, mostrando interesse e estando atenta às informações transmitidas pelo mesmo, tentando assim minimizar o impacto negativo provocado pelo ambiente em que se encontrava. Pela clínica, suspeitei de um Síndrome Coronário Agudo (SCA) num doente diabético, que após a realização do eletrocardiograma (ECG), veio a confirmar-se.

Segundo a *European Society of Cardiology* (2015), o principal sintoma que inicia a cascata diagnóstica e terapêutica em doentes com suspeita de SCA é a dor no peito. O SCA é um termo genérico para condições causadas por um bloqueio súbito do fornecimento de sangue ao coração. Com base no ECG, dois grupos de doentes devem ser diferenciados: os que manifestam dor torácica aguda e apresentam no ECG elevação persistente (> 20 min) do segmento ST; e aqueles que manifestam dor torácica aguda, no entanto não apresentam elevação do segmento ST ao nível eletrocardiográfico (ESC, 2015).

Relativamente ao primeiro grupo, nos quais estão incluídos os doentes com dor torácica aguda e elevação persistente (> 20 min) do segmento ST, denominado por SCA com elevação do segmento ST, observa-se geralmente uma oclusão coronária aguda total. A maioria destes doentes vem a desenvolver um enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (STEMI). O tratamento prioritário destes doentes é a reperfusão imediata através de angioplastia primária ou de terapêutica fibrinolítica (SPC, 2015).

Nos doentes que manifestam dor torácica aguda, no entanto não apresentam elevação do segmento ST ao nível eletrocardiográfico, está recomendado a repetição do ECG 10 minutos após a realização do primeiro, pois a elevação do segmento ST pode ser transitório (SPC, 2015). Segundo a mesma fonte, a apresentação clínica da SCA sem elevação do segmento ST (SCA-NSTE) pode variar dos doentes sem sintomas no primeiro contacto, aos indivíduos com isquemia em curso, com instabilidade elétrica ou

hemodinâmica ou com paragem cardíaca. No caso acima referido, o utente apresentava um traçado eletrocardiográfico com elevação do segmento ST.

Com vista a um melhor enquadramento da situação clínica supracitada, é relevante mencionar que a *diabetes mellitus* (DM) é um problema de saúde mundial, sendo que em Portugal, no ano de 2017, afetava cerca de 9,9% da população, tornando-se dos países onde taxa de prevalência da doença é mais alta (OECD, 2019) e o risco de morte num utente com DM por doença coronária é três vezes superior a um não diabético. O risco de EAM num doente com DM é seis vezes superior e com pior prognóstico comparado com utente sem diabetes (Berman, Jones & De Coster, 2017).

Segundo um estudo desenvolvido por Berman, Jones & De Coster (2017), em três hospitais londrinos com unidades de cuidados intensivos coronários, com o título, “Just like a normal pain, what do people with diabetes mellitus experience when having a myocardial infarction: a qualitative study recruited from UK hospitals”, cujo objetivo era o de investigar quais os sintomas que as pessoas com diabetes experimentavam aquando EAM. Concluíram que embora a maioria dos participantes referisse dor no peito, esta não era considerada pelos mesmos como o sintoma mais marcante, pelo que desvalorizavam a dor, levando a um atraso na procura de tratamento.

Este estudo fundamenta a importância do enfermeiro especialista estar atento a possíveis focos de instabilidade em particular à dor não valorizada pelo doente acometido de EAM com antecedentes de DM, pois um atraso no tratamento poderá tornar-se fatal, pelo que, atualmente, é cada vez mais exigido aos enfermeiros um “olho clínico” apurado e perspicaz, por forma a atender às necessidades dos utentes de forma rápida e global.

Neste caso específico, demonstrei ter identificado prontamente os focos de instabilidade presentes, como a dor e o desconforto infraclavicular num doente com antecedentes de DM, bem como ter respondido de forma pronta e antecipatória, agilizando todo o processo e comunicando todos os resultados à equipa.

Após os procedimentos, como cateterização de veia periférica, administração terapêutica e soroterapia em perfusão, o utente foi transferido para o HNM, acompanhado por mim. Durante o percurso o utente manteve-se hemodinamicamente estável e sem dor. À chegada ao HNM foi acionada a Via Verde Coronária e o utente foi transferido de imediato para o serviço de Cardiologia/Hemodinâmica. Nesta situação particular, demonstrei ter identificado prontamente os focos de instabilidade presentes, bem como ter respondido de forma pronta e antecipatória, por forma a estabilizar o utente.

Considero que a minha experiência profissional e competências neste contexto foram um veículo facilitador do desenvolvimento de novas competências. Isto porque “a enfermeira competente possui a capacidade de discernimento nas situações críticas, a apreensão imediata da complicação, a rapidez da decisão e do gesto que fazem a eficácia da sua ação” (Phaneuf, 2005, p.5).

No ensino clínico III, realizado na EMIR, também tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando focos de instabilidade e falência orgânica, bem como fiz a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos.

Cito um caso de um utente do sexo masculino que tinha dado entrada no serviço de urgência do Centro de Saúde da Ribeira Brava pelo seu pé, com um quadro clínico de dispneia grave que o impossibilitava de articular frases simples. Iniciou, naquela unidade de saúde, terapêutica inalatória e medicação endovenosa, no entanto, e devido à gravidade do quadro clínico, entrou em PCR. A EMIR foi acionada para o local e, à nossa chegada, o utente encontrava-se sob manobras de SAV, sem via aérea definitiva, nem acesso venoso periférico. Após realização da Entubação Orotraqueal (EOT), da qual colaborei, iniciou ventilação mecânica invasiva (VMI), sendo necessário aspirar secreções endotraqueais diversas vezes. Dada a impossibilidade de cateterizar um acesso venoso periférico, foi colocado um cateter venoso central (CVC), colaborando na preparação e administração de medicação através do mesmo e, após restabelecimento de ritmo e pulso compatível com vida, procedeu-se à transferência do utente em ABSC, sendo que acompanhei a transferência juntamente com o Enf. tutor.

O transporte de doentes em estado crítico é um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem, sendo o mesmo revestido de uma responsabilidade extrema, pois exige que seja mantido o suporte das funções vitais, com um nível semelhante ao que é ministrado no serviço onde o doente se encontra. “O transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização (...), pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado” (SPCI, 2008, p.9).

Relativamente à preparação do doente para o transporte, é essencial otimizar as suas condições hemodinâmicas. Segundo Brunsveld-Reinders *et al* (2015), mais de 50% dos incidentes que ocorrem durante o transporte, devem-se à instabilidade hemodinâmica do doente. Em concordância, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) explanam que o doente deve ser precocemente estabilizado no serviço de

origem e que deverão ser antecipadas as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações endotraqueais, entre outras), no sentido de minimizar os riscos inerentes ao mesmo.

Por conseguinte, antes de iniciar a transferência, é importante prepará-la. A fase do planeamento é da responsabilidade da equipa médica e da equipa de enfermagem do serviço de origem, neste caso em particular, da equipa do SU da Ribeira Brava e da EMIR que, conforme a SPCI (2015), deverão entrar em contato com o serviço recetor, acionar o meio de transporte, selecionar a monitorização e a terapêutica e prevenir possíveis complicações que possam surgir ao longo do transporte. Nesta situação específica, a EMIR entrou em contato com o chefe de equipa do SUP do HNM a informar do transporte do utente e da situação clínica do mesmo e como meio, foi acionada uma ambulância tipo B.

A ambulância tipo B é uma ambulância de socorro, pois a sua tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida destinadas estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte (Portaria 1147/2001 de 28 de setembro). Embora a ambulância do tipo C fosse a mais adequada para realização da transferência deste utente, visto possuir equipamento que permite a aplicação de medidas de suporte avançado de vida, é importante esclarecer que, com a presença da EMIR e com a respetiva panóplia de equipamentos que a viatura medicalizada possui, a ambulância tipo B fica otimizada.

Antes de iniciar a transferência, validei a monitorização cardíaca, verificando a colocação dos elétrodos e da braçadeira da pressão arterial não invasiva, geri perfusões de medicamentos e preparei medicação que poderia ser necessária durante a transferência, visto que o mesmo se encontrava com perfusão de adrenalina no CVC, com necessidade de gestão de doses de perfusão da mesma.

A adrenalina é uma amina simpaticomimética, com ação agonista alfa e beta que, mediante a estimulação dos recetores alfa1 e alfa2, responsável pela vasoconstrição periférica, com aumento das resistências vasculares periféricas e da pressão arterial, aumentando assim a perfusão cerebral e coronária. O efeito beta adrenérgico pode igualmente aumentar a perfusão coronária e cerebral, independentemente dos mecanismos referidos anteriormente (INEM, 2019, p.112).

Após a decisão de transportar e do planeamento do mesmo, procedeu-se à fase de efetivação. A fase de efetivação é da responsabilidade da equipa que acompanha o doente ao longo do transporte e só termina aquando da chegada ao serviço recetor. Posto isto, durante transporte, o doente apresentou alterações do ritmo cardíaco (peri-paragem), com

hipotensão associada, sendo necessário gerir a perfusão de adrenalina. Face à nossa intervenção precoce, o doente apresentou melhoria hemodinâmica, contudo com necessidade de fazer novos reajustes da perfusão de adrenalina ao longo do percurso. O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá ser capaz de possuir habilidade para reconhecer súbitas alterações da condição clínica do doente e capacidade para intervir apropriadamente nos cuidados ao doente crítico durante o transporte inter-hospitalar (ENA, 2010).

Na chegada ao hospital, o doente apresentava-se hemodinamicamente estável, procedendo então à sua transferência para a sala de emergência, à transmissão da informação clínica, bem como de toda informação relativa as nossas intervenções, assegurando, deste modo, a continuidade de cuidados e cumprindo assim com um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, que refere que cabe ao EEEMC a responsabilização pela evacuação e transporte da pessoa em segurança (OE, 2017).

Segundo Gonçalves (2017), a partilha de informação com a equipa da instituição de destino deverá ser evidenciada no momento da entrega do doente através da passagem de informação verbal e escrita, incluindo história clínica, sinais vitais, medicação administrada e ocorrências clínicas significativas durante o transporte. Deverão ainda ser fornecidos os resultados dos exames complementares de diagnóstico realizados.

Nesta linha de pensamento, parece-me pertinente fazer alusão a um estudo de investigação desenvolvido por Martins e Martins (2010), cuja temática desenvolvida foi as “Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos”, sendo que o objetivo era entender quais os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros durante as transferências inter-hospitalares. Assim, os autores evidenciam que os enfermeiros vivenciaram sensação de medo e ansiedade durante as transferências, no entanto, referem que a experiência profissional e a formação, nomeadamente em Suporte Básico e Avançado de Vida, são fulcrais para diminuir estas sensações, na medida em que a experiência e a formação ajudam a prever e a resolver com mais segurança os percalços que possam surgir.

Blakeman e Branson (2013) referem igualmente que o transporte da pessoa em situação crítica deve ser realizado por equipas com competências, formação e treino direcionado, para além de experiência nesta área de atuação.

Em relação a esta temática, a OE (2017) emitiu um parecer, onde reitera que o profissional com melhor formação para integrar as equipas de transportes de doentes críticos

ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

A transferência inter-hospitalar de doentes críticos acompanha-me desde o início da minha jornada profissional, no Porto Santo (aerotransporte de doentes críticos), passando pela Calheta e, atualmente, em Machico. Contudo, ao longo do estágio de opção na EMIR, adquiri competências específicas de enfermeira especialista, como por exemplo, no que diz respeito à gestão de protocolos terapêuticos complexos durante o transporte do doente crítico que, ao longo destes 15 anos de profissão, nunca me tinha sido proporcionada. Isto pois, perante um doente crítico com necessidade de suporte vasopressor ou de amins, por exemplo, é contactada a EMIR para proceder ao respetivo transporte, visto que os serviços não estão munidos dos recursos materiais necessários para proceder ao mesmo com segurança.

Para além deste aspeto, adquiri competências no transporte inter-hospitalar de um doente politraumatizado sob VMI, aerotransportado, que considero ter sido igualmente uma experiência bastante enriquecedora ao nível de aprendizagem, bem como ao nível de aquisição de competências na prestação de cuidados ao doente crítico, antecipando focos de instabilidade e gerindo a administração de protocolos terapêuticos complexos. Foram experiências que vieram tornar a minha prática mais especializada, visto a temática do transporte do doente crítico ser uma constante no meu quotidiano.

Tendo em conta o referido anteriormente, posso afirmar que a efetivação deste curso de mestrado, tanto na sua vertente teórica como na vertente de ensino clínico, fez com que o conhecimento científico, por mim adquirido, se tornasse consolidador da minha prática. Este, associado ao enriquecimento das experiências clínicas, foi responsável pela minha capacidade de avaliação, de forma rápida, sistematizada e precisa, na abordagem ao doente crítico, permitindo assim um maior discernimento perante a pessoa em situação crítica. Ou seja, posso afirmar que, desta forma, aliei a evidência científica à prática clínica, prestado assim cuidados baseados na evidência.

As duas unidades de competência anteriormente aludidas, que foram prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e a administração de protocolos terapêuticos complexos, foram igualmente desenvolvidas durante o estágio na UCIP.

Ao longo do estágio na UCIP do HNM tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes em situação crítica, sendo o doente com o diagnóstico de Choque Séptico aquele que mais se destacou.

A *Global Sepsis Alliance* (2018), refere que a Sépsis afeta cerca de 27 a 30 milhões de pessoas por ano, causando cerca de 6 a 9 milhões de mortes. Conforme a mesma fonte, a cada 3 a 4 segundos morre uma pessoa por Sépsis. Segundo Singer, Deutschman e Seymour (2016), sépsis é definida como uma disfunção orgânica, potencialmente fatal, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção e, por sua vez, o choque séptico é definido como um subconjunto de sépsis no qual anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas particularmente profundas estão associadas a um risco maior de mortalidade. Utentes com choque séptico, para além da clínica subjacente à sépsis, são utentes com hipotensão persistente, exigindo a administração de terapêutica vasopressora para manter PAM de 65 mmHg e apresentam níveis séricos de lactato > 2 mmol / L apesar da reanimação volémica adequada.

No ensino clínico realizado na UCIP, prestei cuidados a um utente com disfunção multiorgânica, consequente a um choque séptico. Era um utente com suporte ventilatório, cardiovascular e renal, em que tive oportunidade de executar cuidados de alta complexidade, inerentes à EOT e a VMI. Desta forma, adquiri conhecimentos sobre os modos ventilatórios e, consequentemente, a detetar situações de desadaptação à prótese ventilatória (por alteração da sedação, por exemplo). Ao cuidar deste doente, atendi aos cuidados inerentes ao doente com monitorização cardíaca, linha arterial (sendo possível avaliar pressão arterial invasiva), perfusão de drogas vasopressoras, gasimetrias segundo protocolo do serviço, protocolo de reposição do potássio, protocolo de insulina, débito urinário horário e técnica de diálise contínua.

Todavia, para além da gestão de toda esta panóplia de equipamentos e medicações, que exigem, por parte do profissional, uma atenção redobrada e conhecimento suportado na evidência científica, há um aspeto que, por vezes, enquanto enfermeira generalista “pouco valorizava” e que, atualmente, após desenvolver a prática especializada associada aos conteúdos lecionados nos módulos teóricos, refiro-me à dor e à sua gestão.

Batalha (2006, p.6) diz-nos que a dor “é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percecionamos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência”. O mesmo autor refere ainda que “cada pessoa tem um significado próprio de dor, marcado pela particularidade e unicidade do seu ser” (Batalha, 2016, p.6).

É considerada um dos principais focos da prática de enfermagem, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-

estar da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010). Segundo o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, cabe ao enfermeiro especialista nesta área maximizar o bem-estar dos clientes na gestão diferenciada e eficaz da dor. Para tal, utilizando instrumentos de avaliação da dor e implementando medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma (OE, 2017).

Assim, a pessoa em situação crítica, tanto pode estar consciente e orientada, como pode ter alterações de consciência por sedação, e/ou alterações da comunicação por presença de tubo orotraqueal ou por outras condições relacionados com a sua situação fisiopatológica (Nürnberg Damstm, Saboonchi, Sackey, & Björling, 2011). A gestão e controlo da dor nestes doentes implica a vigilância e monitorização, o que requer o uso de escalas de monitorização da dor, tendo por base os indicadores de dor. Em doentes conscientes e colaborantes, a autoavaliação do doente é considerada o *gold-standard*, sendo as Escala Visual Analógica e a Escala Numérica de Dor, as mais válidas e fiáveis, visto que são os doentes que comunicam e escalam a dor (Ferreira, Miranda, Leite *et al*, 2014).

No que diz respeito à minha prática profissional em urgência, posso mencionar o caso dos doentes politraumatizados que, quando chegam à sala de emergência e após a abordagem ABCDE, aplicando a escala numérica da dor à entrada e, reavaliando-a após a administração de terapêutica analgésica. Desta forma, torna-se possível a monitorização da mesma e a necessidade de reforço da analgesia. No entanto, há que ter em conta que, por vezes, para minimizar a dor, é suficiente reajustar as imobilizações ou as talas de matrix dos membros.

Existem outras situações, que embora os utentes não estejam inconscientes, não apresentam capacidades cognitivas para compreender o funcionamento das escalas. Exemplo disto é o caso dos idosos, em casos de demências ou alteração do estado de consciência, pelo que, nestes doentes, o enfermeiro pode basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor (Urden *et al.*, 2008).

De seguida, relato uma situação que vivenciei num dos turnos que realizei na EMIR: o atropelamento de uma septuagenária. À chegada ao local, a mesma encontrava-se devidamente imobilizada, apresentava um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow e agitada. Após a avaliação dos sinais vitais, verificamos que a utente apresentava valores altos de tensão arterial e a mesma referia dor intensa no braço e no joelho esquerdo. Quando questionada relativamente à escala numérica da dor e, após instruir a utente sobre a mesma, não emitiu qualquer resposta. No entanto, perante a presença de sinais fisiológicos de dor,

como a agitação e a hipertensão, a equipa optou por iniciar a perfusão de analgesia, após a cateterização de um acesso venoso periférico, sendo que, após este procedimento, a mesma encontrava-se menos agitada e normotensa, sendo que a transferência para o SU do HNM decorreu sem intercorrências e com melhoria significativa da dor.

Tal vai ao encontro do que é mencionado pela APED (2011), que refere que a dor traumática caracteriza-se por ser autolimitada, claramente localizada e, a sua intensidade, correlaciona-se com o estímulo que lhe deu origem. Está associada à ativação do sistema nervoso simpático, sendo encarada como uma resposta ao stress. Assim, um indivíduo com dor aguda apresenta aumento da tensão arterial, aumento da frequência cardíaca e, frequentemente, contração muscular local.

Quando mudamos de cenário, focando-nos na unidade de cuidados intensivos, a maior parte dos doentes críticos lá internados são incapazes de reportar verbalmente a sua dor. O recurso à ventilação mecânica e os agentes sedativos são alguns dos fatores que tornam a autoavaliação de dor impossível. Contudo e, segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a “incapacidade de comunicar verbalmente não nega a possibilidade de o utente estar a experienciar dor e a necessidade de um tratamento que a alivie” (s.p), basta refletir sobre a panóplia de procedimentos dolorosos a que estes doentes são submetidos, de forma contínua durante o seu internamento.

Atendendo ao anteriormente descrito, existem escalas de avaliação a serem considerados com os doentes incapazes de comunicar. Nestas, são considerados critérios subjetivos, como expressão facial, movimento no leito, bem como parâmetros fisiológicos, tais como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, lacrimejo ou sudorese (Ferreira, Miranda, Leite *et al*, 2014). São exemplos dessas escalas de monitorização de dor a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT). No entanto, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, após a realização de um diagnóstico de situação, em que procurou conhecer como se avaliava a dor do doente crítico internado nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Portuguesas, através do seu Plano Nacional de Avaliação da Dor, recomenda que “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS” (SPCI, s.d., p.40), visto esta ser avaliada através de indicadores comportamentais e fisiológicos.

A BPS foi das primeiras escalas a ser usada para medir as experiências de dor em doentes incapazes de comunicar verbalmente. Foi desenvolvida em 1997 em França, com base num estudo que destacou a relação entre a expressão facial, movimento dos membros

superiores e a adaptação ao ventilador. Cada indicador acima descrito foi categorizado em 4 descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre sem dor (3 pontos) e dor máxima (12 pontos). O tempo estimado no seu preenchimento situa-se entre os 2 e os 5 minutos (Batalha, 2016).

A implementação de escalas de dor em UCI melhora os *outcomes* clínicos, incluindo o menor recurso a agentes analgésicos e sedativos, bem como menor duração de ventilação mecânica e duração de internamento em UCI. As consequências físicas e psicológicas deletérias da experiência de dor não tratada são significativas e duradouras. Segundo Ferreira, Miranda, Leite *et al* (2014) citando Arbour, Gélinas, Michaud, (2011) os doentes críticos que relatam experiências dolorosas no internamento em UCI, apresentavam maior incidência de dor crónica, perturbação de stress pós-traumático e menor qualidade de vida.

As ideias dos autores supracitados, vêm reforçar o papel fundamental do enfermeiro na avaliação e na monitorização da dor no doente crítico, pelo que foi minha preocupação, ao longo do estágio na UCI, aplicar a escala BPS todos os turnos ou sempre que achava pertinente, como por exemplo, após um procedimento doloroso, como a colocação de uma linha arterial ou a realização de um tratamento a feridas. Passo a relatar o exemplo de um utente sob VMI com RASS -3 (nível de sedação moderada, apresentando movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas não estabelecendo contato visual) que, aquando do início do tratamento à ferida na região abdominal, apresentou contração da musculatura facial, aumento da frequência cardíaca e respiratória (validados através da observação do monitor). Dado isto, alertei a minha tutora para o fato do mesmo poder estar com dor, suspendendo de imediato a realização do tratamento à ferida e administrando terapêutica analgésica que estava prescrita em SOS, garantindo assim a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. Com isto, considero que demonstrei estar atenta e capaz de identificar prontamente evidências fisiológica de mal-estar.

O enfermeiro especialista deve estar, cada vez mais, atento para a problemática da dor e para a sua dimensão, refletindo sobre a mesma na sua prática diária, visto esta estar presente em muitos dos procedimentos por nós executados. Porém, não é só a pessoa em situação crítica que sofre de dor. Essa pessoa está inserida numa família, na qual a dor extrapola o físico, surgindo a dor emocional. Conforme Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), a família deve ser vista como uma “extensão do doente” sendo que, na maioria das situações críticas, é a família que vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e todas as alterações subtis no estado clínico do seu familiar.

Assim, outra das unidades de competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, é assistir a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, dimensão que atendi ao longo dos estágios, quer na vertente da pessoa em situação crítica, quer na vertente da família.

O diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio gera, na pessoa que o recebe, ansiedade e medo, sendo estas emoções influenciadas pelo ambiente que o rodeia. Ou seja, se essa informação for transmitida num ambiente hostil, como o de uma sala de emergência estes sentimentos serão mais acentuados. Esta ideia é corroborada por Rabiais (2003) que refere que “a doença, a separação, o desconhecimento do local e aquilo que pode vir a acontecer, são potenciais geradores de stress para o doente e família” (p.8).

Uma das situações que pude experienciar foi a de um utente de 58 anos, com vida laboral ativa, casado e com dois filhos em idade escolar, que deu entrada no SU com quadro clínico de dor pré-cordial, com irradiação para o braço esquerdo e sudorese profusa. Perante o quadro clínico, foi transferido para a sala de emergência de forma a ser observado e a realizar todos os procedimentos necessários para diagnóstico e estabilização do mesmo, nomeadamente a monitorização cardíaca, execução de ECG, monitorização de sinais vitais, cateterização de acesso venoso periférico e administração de terapêutica, tendo este sido informado de todo os procedimentos ao longo da nossa abordagem. Segundo a OE (2017), perante uma situação crítica, o EEMC gere o impacto emocional imediato decorrente da mesma vivenciada pela pessoa/família.

Na fase aguda, a doença é sentida como uma situação de urgência, na qual visualizam um grande sofrimento emocional vinculado pelo medo da morte e da invalidez, assim como da depressão, angústia, medo e incerteza, decorrentes da transição para uma nova condição de saúde (Ferreira, 2012). Todo este turbilhão de emoções pode comprometer o quadro clínico, deteriorando o prognóstico do utente, pelo que cabe ao enfermeiro especialista ser capaz de gerir a ansiedade e medo destes utentes e prepará-los para a transição pela qual estão a passar.

Como anteriormente referido, a transição é assumida como uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro, na área da saúde, um exemplo tradicional são as transições de saúde-doença (Santos, Marcelino, Abrantes, et al., 2015). Sendo esta relacionada com a mudança súbita da condição de saúde (Meleis, 1994).

Nesta situação em particular, o utente viu-se perante uma situação de emergência médica, manifestando ansiedade e medo de morrer subitamente, pelo que coube a mim,

enquanto enfermeira detentora de conhecimento especializado, reconhecer e caraterizar a natureza da transição que o mesmo estava a vivenciar, detetando as condições facilitadoras e inibidoras e verificar os padrões de resposta, utilizando a comunicação terapêutica.

Segundo Sequeira (2014), a comunicação terapêutica é um tipo de comunicação utilizada por profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas no processos de transição de saúde doença, e/ou na adaptação a dificuldades. Esta é orientada para um objetivo específico, tendo um propósito dirigido para a situação da pessoa e, requerendo determinadas competências do profissional.

Assim sendo, informei o doente e a família sobre o seu estado clínico, questionando-lhes sobre os seus medos e receios, proporcionando uma escuta ativa. Mantive-os informados, relativamente a todos os procedimentos que estavam a ser realizados, utilizando uma linguagem clara, simples e com um tom de voz adequado. Durante o contacto com o utente, no decorrer da minha abordagem, estabeleci contacto visual e utilizei o toque como elemento de conforto pois, ao estabelecer esta relação terapêutica, tanto com o utente como com a família, consegui minimizar as condições inibidoras deste processo de transição. Acredito que, ao informá-los sobre todo o processo, estes adquiram o conhecimento sobre o mesmo, aliviando o stress de ambos associado à transição, dotando-os de mecanismos que propiciam a superação, considerando, desta forma, a minha abordagem facilitadora neste processo.

Por conseguinte, torna-se fundamental reforçar uma outra das competências específicas do EEEMC, na área de enfermagem PSC, que é a gestão da comunicação interpessoal. Esta fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e a família/cuidador, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, pois a transmissão de informação no processo de transição de cuidados de enfermagem, através de uma comunicação eficaz, é fundamental na caraterização da situação, assim como na definição dos cuidados a prestar ao doente, tornando-se, como abordado anteriormente, numa condição facilitadora no decurso do processo transicional saúde-doença, vivido pelo mesmo.

A comunicação desempenha assim um papel fulcral no desenvolvimento da atividade profissional dos enfermeiros, sendo que a grande maioria das intervenções assentam na comunicação com o doente, alvo dos cuidados e com a sua família. Gomes, Amendoeira e Martins (2012), referem que o enfermeiro deve garantir o sucesso da comunicação que utiliza no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados mais positivos.

Para Phaneuf (2005), na comunicação podemos comprovar duas componentes principais: uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo (o quê da mensagem) e uma parte mais afetiva, ligada à maneira tal como é transmitida (o como). Na comunicação e no seu processo comunicativo, estão presentes igualmente elementos verbais e não verbais. As trocas verbais, segundo Stuart e Laraia (2006), representam uma pequena parcela no estabelecimento de uma boa comunicação. Os mesmos consideram que, apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais. Por outro lado, a comunicação não verbal favorece uma percepção mais totalizadora dos processos comunicativos. A sua aplicabilidade na vida quotidiana acrescenta capacidade de prestar atenção e reconhecer o que acontece para além das palavras, o que pode conduzir à implementação das estratégias mais adequadas (Rulicki & Cherny, 2007).

Neste contexto, surge a comunicação terapêutica, que é considerada como um método de comunicação através do qual o cuidador responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa (Fuller, 2007). É um processo consciente e deliberado, usado para agrupar informações relacionadas com o estado de saúde da pessoa como um todo e responder com uma abordagem verbal ou não verbal que promova o seu bem-estar, melhorando a forma como este entende os cuidados prestados (Wold, 2013) e permitindo estabelecer uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005).

Por conseguinte, foi premissa ao longo desta caminhada, estabelecer uma comunicação terapêutica com o PSC e respetiva família, atendendo às seguintes características da mesma: ser dirigida a um objetivo; ser única para cada pessoa; exigir um compromisso ativo; requerer excelentes habilidades de observação e escuta (Fuller, 2007). Foi sempre igualmente minha preocupação, preservar o respeito pelas pessoas, promovendo sentimentos de confiança.

Segundo Tigulini e Melo (2002), nas situações de emergência, a comunicação fica extremamente comprometida, para os três lados envolvidos, por influência situação. Assim, fica comprometida para o profissional da saúde que “corre contra o tempo”, para o paciente que se encontra em situação de perigo, e para a família que enfrenta o medo das consequências.

A comunicação de informação à família de uma pessoa em estado crítico pode tornar-se difícil e complexa para o enfermeiro, pois este sabe que vai enfrentar as reações físicas e emocionais da mesma ao transmitir más notícias. O enfermeiro, ao fazê-lo, para além de ter que gerir esta situação, depara-se com os seus próprios medos e receios face à

doença e à morte, sentindo a “sensação de espelho”, isto é, imagina-se a si próprio naquela situação (Fonseca, 2012).

A “má notícia” está quase sempre associada à morte, sendo que se esta ocorrer de forma súbita, imprevisível e inusitada assume uma dimensão ainda maior (Pereira, 2005). Segundo o parecer da OE (2007), no que respeita à comunicação de más notícias, a intervenção dos profissionais de saúde deve ser terapêutica e deve ter sempre em conta a dignidade do doente e dos seus familiares. Todavia, em ambiente de urgência, as relações interpessoais tornam-se, regularmente, desgastantes para os profissionais de saúde nos quais a responsabilidade profissional, a intensidade do trabalho e a confrontação com situações de doença inesperada e morte são muito frequentes (Vaz e Catita, 2000), pelo que poderá haver um comprometimento da comunicação.

Serra e Albuquerque (2006), reforçam que “a comunicação não deve ser um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão” (p.76). Os mesmos autores apontam a importância da utilização da comunicação assertiva com a finalidade de diminuir o stress e os conflitos de emoções, sendo esta uma ferramenta terapêutica essencial para os profissionais de saúde na relação com o doente/família.

Nesta linha de pensamento, evidencia-se a situação por mim vivenciada no estágio na EMIR, relatada anteriormente, aquando de um acionamento da equipa para uma PCR, no centro do Funchal e a vítima se encontrava acompanhada pela esposa após mais de uma hora de reanimação, tendo sido declarado o óbito no local.

No sentido de minimizar o impacto inicial na transmissão de más notícias, foram realizados vários estudos, nomeadamente por Buckman (1994), que elaborou um protocolo de comunicação de más notícias. Este, quando aplicado adequadamente, é de grande utilidade tanto para o profissional como para a pessoa e família que recebe a notícia. Buckman denominou-o de protocolo SPIKES, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: S – Setting, postura do profissional; P – Perception, perceção do doente; I – Invitation, troca de informação; K – Knowledge, conhecimento; E – Explore emotions, explorar emoções; S – Strategy and summary, estratégias e síntese (Fonseca, 2012).

Transmitir uma má notícia em contexto pré-hospitalar, torna-se uma tarefa muito difícil, pois, muitas das vezes, os familiares estão presentes e assistem a toda a nossa abordagem, como no caso anteriormente descrito. Contudo, irei descrever como apliquei o protocolo SPIKES nesta situação em concreto, enfatizando o meu papel ao longo de todo o processo.

A primeira etapa do protocolo refere-se à preparação e escolha do local adequado para a transmissão da notícia. As más notícias devem ser transmitidas em locais privados, sem interrupções por terceiros, pelo que poderá ser útil a pessoa não estar sozinha. Neste caso em concreto, não foi possível aplicar esta etapa do protocolo, visto que o ambiente era desprotegido, não privado e, infelizmente, a esposa acompanhou todo o processo de reanimação. Na etapa seguinte - perception - cabe ao enfermeiro tentar perceber o que é que a pessoa já sabe, pedindo que lhe descreva o que está a acontecer, para assim conseguir se aperceber qual o seu nível de conhecimentos. Neste caso em concreto, abordei a esposa, tentando perceber se tinha noção da gravidade da situação e, concomitantemente, tentando prepará-la para o pior. Em seguida, o enfermeiro pesquisa até que ponto a pessoa quer ter conhecimentos acerca da situação problema, pelo que foi da minha preocupação, nesta fase, explicar todos procedimentos implementados ao longo de toda a reanimação.

Após o término das manobras, chegou à fase de transmitir o desfecho. Nesta etapa, o enfermeiro deverá transmitir a informação sem eufemismos, com frases simples e de interpretação clara. Deverá observar a pessoa e a sua reação, demonstrando que ela não está só nesta fase da sua vida. Coube à médica informar do término das manobras, no entanto, eu e o enfermeiro Tutor mostramos disponibilidade para atender a qualquer necessidade da familiar. Exprimi o meu apoio com um abraço à senhora. Segundo Fonseca (2012), é importante demonstrar apoio e compreensão (toque), o choro e o silêncio devem ser respeitados. Respostas simples devem ser dadas com clareza, direta e honestamente. Por fim, mostramo-nos disponíveis para a ajudar futuramente se necessitasse, pelo que a mesma se demonstrou agradecida pela nossa disponibilidade e pela nossa intervenção no socorro do marido.

Embora não fosse possível aplicar na íntegra o protocolo SPIKES, desenvolvido por Buckman em contexto PH, este demonstra ser uma boa escolha para a transmissão de más notícias neste contexto. A aplicabilidade de um outro dos protocolos existentes para a transmissão de más notícias (ABCDE, BREAKS e PEWPTER) estaria igualmente comprometido, devido à imprevisibilidade do acontecimento nesta área de atuação. Ao longo do estágio na EMIR, optei por aplicar, o protocolo SPIKES para a transmissão de más notícias pois, na maioria dos casos, coube ao enfermeiro a transmissão das mesmas, embora que na situação anteriormente descrita foi uma exceção, pois havia uma relação de proximidade entre a médica e a esposa da vítima.

Considero que a formação por mim realizada aquando da Formação Avançada em Cuidados Paliativos, tornou-se essencial uma vez que o desenvolvimento de habilidades

comunicacionais nos profissionais de saúde é imprescindível para desencadear relações interpessoais e para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Segundo Santos (2017) citando Jesus (2007), visto que a comunicação eficaz confere maior segurança, confiança, bem-estar e conforto ao cliente/família, sugere-se um maior investimento na sensibilização, formação e treino dos enfermeiros sobre as estratégias de comunicação de más notícias. Ribeiro (2015), após um estudo qualitativo com o tema “Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na Comunicação de Más Notícias”, cujo objetivo geral era descrever quais as vivências dos enfermeiros no Serviço de Urgência Geral na comunicação de más notícias, refere que comunicar uma má notícia é uma função desgastante na vida diária dos enfermeiros pelos sentimentos e emoções que envolvem. Este estudo conclui que a falta de formação e experiência são fatores dificultadores na transmissão das mesmas.

O sucesso da comunicação enfermeiro/doente/família tem de ser garantido por este profissional, pelo que é primordial que o mesmo conheça e utilize as estratégias e técnicas mais adequadas a cada situação. Ao mudar de ambiente de prestação de cuidados, o enfermeiro também defrontará novos desafios relativamente à comunicação.

Num ambiente de cuidados intensivos, comunicar também torna-se um desafio diário, pois a maioria dos utentes lá admitidos encontram-se em situações de grande vulnerabilidade, necessitando muitas vezes de VMI, monitorização hemodinâmica, perfusão de sedoanalgesia e indutores de sono, ficando incapacitados de comunicar verbalmente. Assim, a competência de comunicação do enfermeiro, posta em prática com a pessoa em situação crítica, deve igualar-se às suas capacidades técnicas, no mesmo nível de empenho e importância, oferecendo aos doentes cuidados humanizados de qualidade (Martins e Sousa, 2018).

Por conseguinte, ao longo do estágio na UCI, procurei aprofundar esta temática, através de pesquisa bibliográfica e de entrevistas informais à equipa de enfermagem, por forma a adquirir conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da mesma. Entende-se por “barreiras de comunicação” por exemplo, a VMI que é feita através de um tubo traqueal que pela sua localização, altera o normal funcionamento do aparelho fonético, impedindo a emissão de sons, associado a este a necessidade de o doente ventilado ser sedado pela sua própria condição de saúde e para promover a adaptação ao ventilador, alterando assim o seu nível de consciência e a sua função neuromuscular, restringindo ainda mais a comunicação verbal.

Neste sentido, no início de cada turno, iniciava a minha abordagem ao doente apresentando-me e orientando-o no tempo e no espaço, informava-o de todos os procedimentos, das circunstâncias do seu internamento e da sua evolução clínica. Para tal, utilizei o toque terapêutico e mantive-me atenta para as respostas não verbais que os mesmos poderiam manifestar. Apoiei os familiares e incentivei-os na comunicação, instruindo-os para técnicas comunicacionais, como por exemplo estabelecer diálogo, usar o toque e, dependendo do nível de sedação, usar gestos para comunicar, sorrir, etc. Para que tal fosse efetivado, proporcionei um ambiente calmo, diminuindo o som dos alarmes quando possível.

Em suma, a comunicação é inseparável dos cuidados de enfermagem, pois é através dela que a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada se estabelece. Torna-se assim primordial que o enfermeiro adquira conhecimentos sólidos no âmbito da comunicação e que desenvolva competências comunicacionais. Concludentemente, a relação terapêutica será mais eficaz, promovendo ao doente a vivência de um processo de transição o mais positivo possível e tornando o cuidado mais humanizado.

Quando se cuida de doentes com “barreiras” na comunicação atribui-se outro valor à comunicação como intervenção de enfermagem e reflete-se sobre o quão importante é o facto de o enfermeiro desenvolver capacidades pessoais, atitude de empatia e respeito pelo doente, aplicando-o no domínio da relação terapêutica com a pessoa cuidada. Ao longo dos estágios, desenvolvi e aperfeiçoei competências comunicacionais, demonstrando disponibilidade, compreendendo o doente, reconhecendo as suas limitações, tendo conhecimento de estratégias e técnicas de comunicação alternativas/aumentativas, no sentido de contornar as dificuldades com que me deparei.

3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, o mesmo deverá dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil (Lei n.º 27/2006 de 3 julho), catástrofe é definida como “sendo um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente, vítimas, afetando intensamente

as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p.4696).

Por sua vez, o Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, que regulamenta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica, alude que emergência multi-vítima envolve um número suficientemente elevado de vítimas ocasionando a alteração do normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Nestas situações é exigido um conjunto de procedimentos médicos de emergência de forma a salvar o maior número de vidas e a proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.

Relativamente à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, durante os estágios desenvolvidos não presenciei a nenhuma situação de abordagem multi-vítima ou de catástrofe. No entanto, houve uma situação, no decorrer do estágio da EMIR, de um acidente que envolveu 3 vítimas que, embora não estivesse presente aquando do socorro, aproveitei a oportunidade para refletir com o colega que interveio diretamente no acidente. Debatemos a abordagem feita por ele perante esse cenário, adquirindo assim conhecimentos relativamente a esta temática.

Na viatura da EMIR existe uma mala de catástrofe, na qual se encontra todo o material necessário para triar as vítimas nestas situações. Neste caso em particular não foi necessário utilizar. Contudo, devido à complexidade do acidente, as vítimas eram todas consideradas pessoas em situação crítica, sendo que foram alvo de uma panóplia de cuidados especializados, estabilização e, posteriormente, transferidas para a unidade de saúde mais diferenciada. A partilha de conhecimentos, sobre a atuação da equipa da EMIR perante um cenário de multi-vítimas, contribuiu para a minha consciencialização relativamente aos princípios de atuação da equipa nestas situações, desde a avaliação da segurança e do cenário, passando pela comunicação/ informação ao CIC-CROS, pela triagem primária das vítimas, até à priorização de cuidados e transferência das mesmas.

Durante esse estágio, tive igualmente a oportunidade de conhecer o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (PREPCRAM), que é um plano elaborado para a generalidade das situações de emergência, das quais podem resultar em acidentes graves ou catástrofes, como por exemplo, cheias, aluviões, incêndios florestais, etc. (SRPC, IP-RAM, s.d.). Este tem os seguintes objetivos gerais: minimizar a perda de vidas e bens; atenuar e limitar os efeitos de acidentes graves ou catástrofes; definir orientações relativamente ao modo de atuação; definir uma unidade de comando; assegurar

criação de condições favoráveis para o empenho; promover a informação das populações; e preparar a realização regular de treinos e exercícios de forma a testar o plano.

Ainda no PREPCRAM, está explanado o papel do SEMER na fase de emergência, que é: coordenar a atividade de saúde em ambiente PH, garantindo o socorro medicalizado de emergência PH; coordenar toda a triagem e evacuação com o SESARAM, EPERAM; triagem clínica baseada no método primário e secundário; identificação e registo de multi-vítima; e fornecer informações clínicas PH às entidades adequadas.

Tive a oportunidade de realizar algumas entrevistas informais aos operadores de central do CIC-CROS, no sentido de perceber como se articula a comunicação entre a central e os profissionais que se encontram no terreno aquando situações de catástrofe. Como por exemplo, na situação da queda de uma árvore de grande porte no Monte em 2017, que provocou a morte de várias pessoas. Como resultado, foi possível perceber e compreender que o CROS funciona de forma articulada, havendo a sistematização na sua intervenção, na qual se evidenciou que o sucesso resulta do trabalho de equipa, onde cada um assume o seu papel com muita responsabilidade.

Em casos de catástrofe (incêndio, catástrofe natural, etc.) pode surgir ainda a necessidade da evacuação de serviços. Então, podemos refletir sobre tal hipótese na UCI, que não é fácil, pois envolve um elevado número de meios humanos e materiais, assim como riscos associados, essencialmente relacionados com a segurança dos doentes. Perante tal, durante o estágio nesta unidade, aproveitei para consultar o procedimento n.º 10 do SMI, que se refere à evacuação de doentes internados e visitantes no SMI em caso de sinistro.

Segundo Palacios *et al.* (2010), as unidades de cuidados intensivos devem estar preparadas para uma evacuação, devendo ter um plano de emergência que inclua os critérios de evacuação dos utentes e que seja do conhecimento de todos os profissionais, sendo fundamental a realização de simulacros periódicos. Assim, através do diálogo com a equipa, relativamente à gestão de camas em caso de catástrofe e situações multi-vítima, apercebi-me que o serviço passa por um processo de reestruturação, relativamente à gestão de camas, havendo uma distribuição de doentes por serviços de especialidade, contudo sempre sob o acompanhamento do SMI.

Sendo estas situações de exceção, saliento um artigo de revisão de literatura, cujo objetivo era alertar para a importância da realização de uma análise de riscos, organizar e planear a resposta das UCI para este tipo de ocasiões. Refiro-me ao artigo de Sousa (2012) que aborda a resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofe, dando ênfase a acidentes de grandes dimensões, incluindo ataques terroristas e agressões

biológicas, levando a um aumento dos doentes com necessidades de cuidados ao nível da medicina intensiva.

O autor supramencionado refere que, numa situação de exceção, as UCI, para além de enfrentarem os problemas relacionados com a sua atividade diária normal, terão que enfrentar problemas específicos, entre os quais um aumento súbito da procura de cuidados, o trabalho no limite das capacidades e sobrelotação do serviço, pelo que urge a necessidade de existirem planos de emergência interna bem estruturados e atualizados, por forma a estarem operacionais quando necessário (Sousa, 2012). Por conseguinte, cabe ao enfermeiro especialista colaborar na elaboração do plano de emergência e catástrofe do serviço e da instituição.

Como elemento da equipa do risco não clínico, colaborei na elaboração do mapa de riscos do Centro de Saúde de Machico/Serviço de Urgência, bem como na elaboração do plano de evacuação de doentes e planta de emergência do mesmo. Neste momento, o SU de Machico ainda não tem um plano de emergência disponível porém, no seguimento deste 3º MEEMC, uma colega está a desenvolver o seu projeto de intervenção nesta área, pelo que brevemente este serviço estará provido de um, embora ainda passível de aprovação pelo conselho de administração do SESARAM, EPERAM.

No seguimento do projeto de intervenção desenvolvido pela colega, participei numa formação em serviço realizada pela mesma, intitulada “Abordagem Multi-vítimas. Riscos Nucleares, Radiológicos, Biológicos e Químicos – Preparação da Unidade de Saúde”. Uma vez que o serviço de urgência onde exerço a minha prática profissional fica situado numa zona estratégica, perto de alguns pontos considerados de risco, como por exemplo, a Zona Franca e Industrial do Caniçal (reservatórios de combustíveis), o Centro de Abate da RAM (Santo da Serra) e o Aeroporto Internacional da Madeira, considero que uma mais valia ter participado nesta formação pois, consolidei conhecimentos sobre os diferentes tipos de catástrofe e as suas implicações para a saúde, bem como sobre a resposta do SRPC, IP-RAM relativamente a catástrofes com produtos químicos, biológicos e radiológicos.

Refletindo sobre o desenvolvimento da competência - dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, associado ao fato de, nos últimos anos, a ilha da Madeira ser fustigada por algumas catástrofes, tais como: o aluvião do 20 de fevereiro de 2010; os incêndios florestais; e algumas emergências multi-vítima, sendo os casos mais recentes, um acidente com um autocarro de turismo no Caniço e uma derrocada no Caldeirão Verde, decidi realizar o curso MRMI (*Medical Response to Major Incidents*). A formação é baseada num modelo de simulação avançada, onde é treinado toda

a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes, pré-hospitalar, gestão de hospitais face a cenários de multi-vítima, triagem, corredores de evacuação e estrutura da comunidade. É uma formação internacional, pós-graduada e diferenciada na área da emergência e catástrofe, certificada por entidades internacionais como *European Society for Trauma and Emergency Surgery* e *Board Europeu do MRMI*.

Embora, na minha prática profissional não me tenha deparado com nenhuma situação de catástrofe, o fato de ter implementado durante o curso do MRMI a triagem primária de vítimas, fez com que a transpusesse para a minha prática diária, contribuindo assim para a sistematização das minhas ações perante várias vítimas.

Segundo o INEM (2012), “a Triagem é um sistema utilizado por pessoal médico e de emergência para racionalizar recursos médicos limitados quando o número de vítimas a necessitar de apoio excede os recursos disponíveis para as tratar” (p.15). Esta baseia-se em dois momentos distintos, classificados como triagem primária e triagem secundária. Na triagem primária objetiva-se triar, de forma mais rápida, um grande número de vítimas, baseando-se no método *Simple Triage And Rapid Treatment* (START), que consiste no uso de três discriminadores muito simples: Vítima anda/Ferida; Respira/Frequência respiratória (FR); Frequência cardíaca (FC). Com base nos discriminadores, é atribuído um nível de prioridade, permitindo uma divisão “grosseira” das vítimas (INEM, 2012).

Já a triagem secundária é feita de forma contínua, cujo objetivo é triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas. Baseia-se no *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), sendo que este consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória; estado de consciência (segundo a Escala de Coma de *Glasgow*); e Pressão Arterial Sistólica. A estes são atribuídos valores, cujo somatório dos mesmos define o grau de prioridade (INEM, 2012).

Segundo o INEM (2012), uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência, consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis.

Como referido ao longo deste relatório, por exercer funções num serviço de urgência periférico, equiparado, estruturalmente, a um serviço de urgência básico, todavia, sempre que a situação clínica de um utente justifique, é necessário proceder à sua transferência inter-hospitalar, transporte esse concretizado numa ambulância tipo B, que exige o acompanhamento de um profissional de saúde, neste caso um enfermeiro.

No turno da noite estão escalados dois enfermeiros, sendo que nestas situações, um deles vai a acompanhar o doente no transporte intra-hospitalar e o outro fica no serviço a prestar cuidados juntamente com a equipa médica e um assistente operacional. Num desses turnos, houve a necessidade de transferir um doente e, concomitantemente, recebo um alerta dos bombeiros a informar que iriam transportar duas vítimas de um acidente de viação.

Perante este cenário, existe um desequilíbrio entre os recursos de enfermagem disponíveis e as necessidades verificadas, pelo que competiu a mim fazer a gestão dos cuidados perante duas vítimas politraumatizadas, na qual, mesmo trabalhando em equipa, existiam procedimentos que só eu podia executar. Exemplos disto são: a cateterização de uma acesso venoso periférico; a preparação de medicação e fluidoterapia; e a cateterização vesical. Perante esta situação, sistematizei as ações a desenvolver antes da chegada das vítimas e deleguei funções. Procedi à triagem primária, estabelecendo critérios de prioridade, avaliei em contínuo a articulação entre toda a equipa, promovendo um ambiente seguro e cuidados de enfermagem eficazes. Como diz o provérbio grego: “Agir rapidamente, pensar lentamente.”

No que concerne a esta competência, concluo após a reflexão realizada, que estou convicta que demonstrei conhecer os planos de catástrofe e de evacuação. Embora não tivesse presenciado a situações práticas de catástrofe e/ou Multi-vítimas de forma a aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos no curso MRMI e nas aulas da unidade curricular de Urgência/Emergência que, mesmo tendo acreditação, optei por frequentar. Considero que tal tenha sido possível, ao colaborar na realização dos planos de catástrofe e de evacuação do serviço onde exerço atualmente e tendo em conta todos os momentos disponíveis para aprofundar a temática através de pesquisa bibliográfica e, não menos importante, através do diálogo e da troca de experiências, havendo assim uma partilha de saberes entre tutores, colegas e agentes de proteção civil.

3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos

A evolução dos cuidados de saúde ao longo dos tempos, trouxeram consigo ganhos em saúde sem precedentes. Surgiram curas para patologias que, anteriormente, eram consideradas incuráveis, aumentando assim a sobrevivência e a qualidade de vida dos utentes. No entanto, esses ganhos em saúde acarretaram riscos associados, entre os quais se encontram as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (Pina, Ferreira, Marques, 2010).

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas interligados e de importância crescente à escala mundial (DGS, 2017). Ideia corroborada pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018), que refere que as IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos são considerados um problema de saúde pública mundial.

Segundo a DGS (2009), as IACS são definidas como sendo uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo igualmente afetar os profissionais de saúde aquando do seu exercício profissional. Sendo que a OMS (2010) reforça a ideia de que as IACS são infeções adquiridas durante o processo de atendimento num hospital ou noutro estabelecimento de saúde, não estando as mesmas ativas ou em incubação no momento da admissão.

As IACS são reconhecidas pela OMS, pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e pelo *European Centre for Disease Control and Prevention* (ECDC), como um dos eventos mais adversos em todo o mundo. E, as estimativas da OMS apontam para que, em cada cem doentes internados em hospitais, sete adquiram uma infeção no decurso do seu internamento (OPSS, 2018). Salienta a mesma fonte que, para além do peso clínico, advém as consequências económicas e sociais, com aumento do número de dias de internamento e mortalidade precoce.

Por conseguinte, tornou-se premente a criação de comissões de controlo de infeção nos hospitais e unidades de saúde, por forma a intervir nesta temática de um modo global e integral. Todo o processo normativo e operacional da formação dessas comissões remonta ao ano de 1979, sendo que, em fevereiro de 2013, através do despacho 15423/2013, foi criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), permanecendo vigente (OPSS, 2018).

O PPCIRA é um programa de saúde prioritário sediado na DGS, tendo como pilares fundamentais: a prevenção e o controlo das IACS; a prevenção e o controlo das resistências a antimicrobianos e vigilância epidemiologia (VE). Este é formado por uma cadeia de gestão vertical, que inclui a gestão nacional, seguindo os Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA, sediados nas Administrações Regionais de Saúde, nas Regiões Autónomas e nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, constituindo os Grupos de Coordenação Local do PPCIRA (OPSS, 2018).

O Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) do SESARAM, EPERAM, foi criado de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do

Ministro da Saúde (Diário da república, 2ª série – Nº 229 – 26 de novembro de 2013), tendo como missão a implementação dos objetivos do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e as recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC).

O GCPPCIRA do SESARAM, EPERAM é composto por uma equipa multidisciplinar, sendo que desta fazem parte 3 enfermeiras em dedicação completa e uma em dedicação parcial (SESARAM, 2018). De acordo com o Despacho n.º 15423/2013 é recomendado “no mínimo, um enfermeiro em dedicação completa a esta função, tanto em unidades hospitalares, (...), como em agrupamentos de centros de saúde ou unidades locais de saúde, acrescentando um enfermeiro em dedicação completa por cada 250 camas hospitalares adicionais” (p. 34564).

Segundo o SESARAM, EPERAM (2016), o enfermeiro do GCPPCIRA desempenha “funções com competências gerais e específicas referentes à multiplicidade de atividades diárias, nomeadamente na área da vigilância epidemiológica, das normas de boas práticas, da formação e assessoria” (p. 17). Ideia corroborada por Gonçalves (2018), que menciona que ao enfermeiro são exigidas competências relacionadas com a VE, participando no planeamento e implementação dos programas de VE locais e colaborando com os propostos pela DGS. Assume igualmente um papel de destaque na área da formação dos diversos grupos profissionais, na assessoria aos gestores da instituição de saúde, colaborando na elaboração de protocolos, definição de critérios e normas para a prestação de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro especialista “na procura permanente da excelência no exercício profissional face aos múltiplos contextos de atuação, bem como à complexidade das situações e à necessidade de utilização de medidas invasivas” (OE, 2011, p.7), deverá responder eficazmente na prevenção e controlo da infeção. Premissa corroborada no regulamento de competências específicas do EEEMC, que referencia que o mesmo maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento 429/2018, 16 julho).

Neste âmbito, a existência de normas e protocolos nas instituições de saúde, baseadas em evidência científica e em *guidelines* nacionais e internacionais, tornam-se fundamentais por forma a educar e uniformizar cuidados e, por conseguinte, que se dê uma melhor qualidade de cuidados. Neste seguimento, para aquisição desta competência específica, apliquei as medidas atuais em vigor emanadas pela DGS para prevenção e

controlo das IACS, garantindo uma melhor qualidade de cuidados e contribuindo para a segurança dos doentes no decorrer dos estágios e ao longo da minha vida profissional.

A minha conduta prima pela aplicação das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), nomeadamente pela realização dos cinco momentos de higienização das mãos, cumprimento da etiqueta respiratória, uso de equipamentos de proteção individual, colocação de doentes, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição de agentes microbianos no local de trabalho. As PBCI são um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas, a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, tendo como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS (DGS, 2018). O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”.

A higienização das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da IACS segundo a estratégia multimodal proposta pela OMS em 2005, denominada *Clean Care is Safer Care* (DGS, 2010, p.3). Segundo a DGS (2012), antes da sua realização, deverão ser atendidos os seguintes aspetos: retirar adornos; cobrir feridas e abrasões com um penso; e as unhas deverão se manter curtas e limpas, sem verniz, nem artefactos. Ao longo do meu percurso profissional, deparei-me diversas vezes com a presença de verniz e adornos nas mãos dos profissionais de saúde com os quais trabalho, pelo que foi da minha preocupação alertar para essa problemática e instruir os meus pares para a importância do cumprimento das recomendações emanadas pelo GCPPCIRA, sendo que alguns atenderam às minhas recomendações, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos utente e profissionais.

No decurso do exercício das minhas funções e, atendendo à importância da higienização das mãos, sugeri às chefias a colocação de dispensadores de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) junto às camas dos utentes e em pontos estratégicos, como por exemplo no corredor onde fazemos o acolhimento dos utentes que são admitidos no serviço de maca, por forma a cumprir de forma mais criteriosa os 5 momentos de higienização das mãos, não só pelos profissionais de saúde, mas também pelas famílias. Denotei que, após a colocação dos dispensadores de SABA em pontos estratégicos, houve uma maior adesão à higienização das mãos e uma maior consciencialização por parte do utente e familiares para a importância da mesma.

Com a frequência deste mestrado, em especial das aulas de controle de infeção, tornem-me mais assertiva e mais consciente de toda a minha prática. Emergiu em mim a

necessidade de solidificar conhecimentos, de fazer pesquisa bibliográfica, consultar as normas e procedimentos dos serviços onde realizei estágios pois, ao fazê-lo, mobilizei conhecimentos e coloquei-os em prática de forma mais segura e fundamentada.

Estou consciente que utilizei os equipamentos de proteção individual de forma mais correta e adequada às situações e executei a triagem segura de resíduos. Destaco igualmente o meu papel na supervisão do controlo ambiental ao me inteirar dos horários da limpeza do serviço, da recolha do material cirúrgico para o serviço de esterilização, conhecendo o circuito do manuseamento seguro da roupa, por forma a salvaguardar o cumprimento de alguns dos procedimentos estabelecidos no controlo da infeção face às vias de transmissão.

Outro aspeto que me despertou interesse foi a educação do utente e família para o cumprimento de medidas básicas de controlo de infeção, visto que me deparei com incumprimentos de princípios básicos, como a higienização das mãos e da etiqueta respiratória, pelo que foi minha preocupação aproveitar todas as ocasiões para instruir o utente e família para os procedimentos corretos, validando sempre que possível a informação transmitida.

Na UCIP, implementei muitos dos conhecimentos adquiridos no processo formativo relativamente ao Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, bem como na implementação de protocolos emanados pela DGS e pelo GPPCIRA relativos a esta temática, visto que neste serviço prestam-se cuidados a doentes em estado crítico e, muitos deles, em condições clínicas predisponentes a infeções, sendo que ainda outros já se encontram infetados ou colonizados na admissão. Para além do referido anteriormente, é neste serviço que a absoluta maioria dos doentes é submetida a procedimentos invasivos, que “abrem” vias de acesso aos tecidos estéreis do organismo, aumentando assim a probabilidade de infeção. Ideia defendida por Bartolini (2013), que refere que a UCI constitui um dos serviços mais críticos de um hospital, no qual os doentes são mais suscetíveis a adquirirem infeção devido à presença de dispositivos médicos implantados como sondas, cateteres, drenos, entre outros.

Um dos protocolos implementados neste serviço é o da prevenção da transmissão cruzada da colonização/infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Optei por direcionar a minha análise sobre este protocolo, atendendo ao fato de que atualmente o MRSA é o agente etiológico mais frequente de IACS e resistência a antimicrobianos no mundo (SESARAM, 2019).

A *Staphylococcus aureus* é uma bactéria comensal que coloniza as narinas (reservatório primário), axilas, faringe, vagina e/ou superfícies cutâneas lesadas. Estima-se

que possa colonizar a pele em até 30 % dos indivíduos saudáveis (SESARAM, 2019). No entanto, segundo a mesma fonte, esta apresenta capacidades únicas de invadir e provocar infeções em tecidos previamente saudáveis em qualquer local do corpo humano. Na atualidade, a *Staphylococcus aureus* permanece numa das principais causas de infeções da comunidade e, sobretudo, associada a cuidados de saúde, pelo que a emergência da resistência à meticilina transformou este agente patogénico ubíquo num desafio terapêutico à escala global.

Na UCIP, o rastreio de MRSA é feito segundo um protocolo emanado pelo GCPPCIRA a todos os utentes admitidos na unidade, através da colheita de exsudado nasal (zaragatoa nasal) e, se o utente apresentar feridas crónicas, através da zaragatoa à mesma. Deste modo, a todos os doentes admitidos na UCI, são aplicadas medidas preventivas de isolamento relacionada com a suspeita de MRSA, até ser conhecido o resultado da pesquisa. Durante o estágio não tive a oportunidade de proceder à colheita de nenhuma zaragatoa nasal para pesquisa de MRSA, no entanto implementei, segundo o procedimento do GCPPCIRA do SESARAM, EPERAM, as seguintes medidas preventivas: descolonização da pele através do banho diário com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2 %, durante 5 dias consecutivos após a admissão; higienização oral com solução de gluconato de clorhexidina a 0,2 % a todos os utentes com tubo endotraqueal segundo protocolo do serviço, adotando sempre as precauções de contato (luvas, máscara cirúrgica e avental de uso único).

O SESARAM, EPERAM na altura que desenvolvi o meu estágio, integrava o programa “STOP Infeção hospitalar”, dinamizado pela Fundação Calouste Gulbenkian, cujo objetivo era constituir um exemplo de implementação de uma metodologia de melhoria contínua que tinha como objetivo reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, nos serviços de medicina interna e unidades de cuidados intensivos de 12 hospitais nacionais num período de 3 anos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). Foram objeto de intervenção: as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a catéter vascular central; as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação (bacterémia secundária a algaliação); pneumonias associadas à intubação em UCI; infeções do local cirúrgico.

De forma a colmatar uma lacuna, senti necessidade de aprofundar conhecimentos inerentes aos feixes de intervenção relacionados com a pneumonia associada à intubação e a Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, visto que, no decorrer da minha prática profissional, não presto cuidados contínuos a doentes com esse tipo de dispositivos invasivos. Considerando esta oportunidade como uma mais-valia para enriquecer a minha prática, através da pesquisa bibliográfica e da prática clínica.

Como fruto da minha pesquisa bibliográfica, constatei que a pneumonia associada à intubação é a infecção nosocomial mais comum, adquirida nos doentes com ventilação invasiva nas UCI, sendo que a DGS, reforça que a esta é a infecção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável pelo aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade (DGS, 2017).

No Consórcio Internacional de Controle de Infecção Nosocomial (INICC) mencionaram uma incidência de Pneumonia Associada à Intubação tão alta quanto 13,6/1000 dias de ventilação mecânica, sendo a sua ocorrência maior nos países asiáticos, variando de 3,5 a 46 infecções/ 1000 dias de ventilação mecânica (Mathai, Phillips & Isaac, 2016).

Em Portugal, os valores de incidência têm vindo a diminuir de 11,2 para 7,1 por 1000 dias de entubação, entre 2008 e 2014. No entanto, segundo a DGS (2017), ainda há margem de melhoria, uma vez que a implementação dos “feixes de intervenções” tem, noutros países, permitido reduções de incidência para valores entre 0 e 2%.

Atendendo a esta problemática, durante o estágio realizado na UCIP, implementei de forma integrada os feixes de intervenções para a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, procedendo inicialmente à higienização das mãos e ao uso de medidas de proteção individuais (avental, máscara, luvas esterilizadas); procedi à elevação da cabeceira do leito num ângulo igual ou superior a 30°, caso a situação clínica do utente assim o permitisse, evitando momentos de supina e diminuindo assim o risco de aspiração; realizei a higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia; aspirei a orofaringe antes de cada mobilização no leito; e verifiquei a pressão do balão do tubo endotraqueal, mantendo-a em valores entre 20-30 mmHg. Procedi à aspiração de secreções traqueobrônquicas com técnica asséptica, sempre que houvesse evidência da sua necessidade, como na presença de ruídos auscultatórios adventícios, alterações dos parâmetros ventilatórios (Volume/pressão) e diminuição saturação periférica de oxigénio. Efetuei igualmente aspiração de secreções subglóticas, evitando a colonização da via aérea inferior por microorganismos.

Outra das intervenções associadas à prevenção da Pneumonia Associada à Intubação é a verificação e manutenção dos circuitos ventilatórios, da qual colaborei com a minha tutora na substituição do circuito. Colaborei igualmente na avaliação e revisão do nível de sedação do doente e, sempre que possível, titulando o mesmo para o mínimo adequado para a situação clínica. Todas as minhas intervenções foram registadas no processo do utente e transmitidas verbalmente na passagem de turno, por forma a dar continuidade aos cuidados.

Desta forma, considero que o ensino clínico desenvolvido na UCIP, foi de extrema importância na consolidação dos módulos teóricos lecionados na disciplina relativa às IACS e resistência aos antimicrobianos, bem como para o meu enriquecimento pessoal e profissional. Isto pois adquiri novas competências na área do controlo de infeção, relativamente a procedimentos que dificilmente iria desenvolver no serviço onde exerço a minha atividade profissional.

Dando continuidade a esta temática, agora em contexto de prestação de cuidados no pré-hospitalar, a maximização de intervenções na prevenção e controlo da infeção pode ser complexa, uma vez que, devido à especificidade e imprevisibilidade, comporta um potencial risco para a vítima e profissionais de saúde acrescido, onde a rapidez e a necessidade de realizar procedimentos emergentes ameaçam a otimização das intervenções. Segundo Martins (2014), os profissionais que atuam em contexto pré-hospitalar estão mais predispostos aos riscos biológicos, uma vez que manuseiam em situações de elevado stress e em ambientes pouco controlados materiais e equipamentos que se encontram conspurcados com fluidos orgânicos.

Menciono uma situação vivenciada durante o estágio em contexto pré-hospitalar, de um utente encontrado em PCR com uma ferida no couro cabeludo, com hemorragia ativa e que, devido à gravidade da situação e da necessidade de rápida atuação, o único EPI que utilizei foram as luvas. Para além disso, a técnica de punção venosa periférica não foi realizada com as condições assépticas desejadas visto que este se encontrava num local exíguo e com pouca higiene. Estou ciente que este e outros procedimentos invasivos, como por exemplo a entubação orotraqueal, aumentam o risco de infeção para o utente, no entanto, nestas situações, levantam-se outras questões éticas do cuidar, relacionadas com o direito à vida. Não obstante, foi realizado um *debriefing* da nossa atuação nessa situação, permitindo-nos refletir sobre a mesma, com intuito de melhorar a nossa atuação em situações posteriores.

Contudo, em situações onde o ambiente era mais controlado, institui as medidas básicas de controlo de infeção, adequando sempre os EPI às situações, como por exemplo na prestação de cuidados ao doente crítico num SUB, para além do uso das luvas, utilizei a máscara cirúrgica, utilizando as técnicas de assética adequadas aquando da punção venosa, bem como na colocação de um CVC.

Ao longo do estágio da EMIR, tive igualmente oportunidade de colaborar com os colegas na limpeza e descontaminação de todo o material e equipamento utilizado após cada situação (por exemplo, cabos e monitor, lâminas do laringoscópio, etc.) de acordo com o procedimento do SEMER. Associada também à prevenção e controlo das infeções, procedi

à correta triagem de resíduos, procedendo ao seu correto acondicionamento e garantindo que o local onde prestávamos cuidados ficava limpo, sem resíduos hospitalares, por forma a prevenir infeções, contaminações e acidentes.

Sempre que adequado e pertinente, instruía os bombeiros para a importância da lavagem das mãos, do uso de EPI, do uso de SABA, bem como a desinfecção da maca e da célula sanitária. Embora estes sejam instruídos para estes procedimentos, constatei que os mesmos não os realizavam de forma correta nem nos momentos certos. Ideia corroborada por Gomes (2012), que, relativamente aos bombeiros, refere que “é constatado, no quotidiano, que a higiene das mãos entre ocorrências e a troca regular de luvas de uso único não são praticadas, fato que aumenta o risco de propagação de infeções” (p.3).

Embora não realiza-se nenhuma formação a este grupo profissional, diagnostiquei uma necessidade de formação na área de prevenção e controlo da infeção, estabelecendo como estratégia, conversas informais de forma a instruí-los pois, segundo Gomes (2012), os bombeiros, como primeiro contato entre o doente e a unidade de saúde, são cruciais para que o utente chegue à unidade de saúde nas melhores condições. Logo, se a higiene das mãos for insuficiente ou ausente por parte dos mesmos, existe o risco acrescido de lhes ser transmitido agentes patogénicos que poderão ser nocivos para o mesmo, podendo comprometer a sua recuperação total. Estes mostraram-se recetivos à informação, acredito que, com a minha intervenção mudei hábitos e que contribui igualmente para a segurança dos mesmos e do doente, contudo não consigo auferir resultados, visto que o meu contato com as corporações de bombeiros ao longo do estágio da EMIR era limitado no tempo.

Em suma, ao longo dos estágios, baseei a minha prática no cumprimento das normas e orientações emanadas pela DGS e pelo GCPPCIRA, de forma a prevenir as IACS, demonstrei conhecimento relativamente às normas e procedimentos dos serviços sobre esta temática, através da sua consulta. Estava ciente dos riscos para os doentes e para os profissionais relativamente à transmissão cruzada da infeção, conhecendo as medidas básicas de prevenção e controlo das IACS, aplicando-as na maioria das situações.

A prevenção da infeção associada à prestação dos cuidados de saúde deve ser um foco de atenção na gestão dos cuidados. Desta forma, cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica dar especial atenção a esta temática, contribuindo na promoção da mesma através da implementação de estratégias em cada contexto específico, capacitando a equipa onde está inserido para a prestação de cuidados seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Considero que com a descrição e a reflexão que espelhei ao longo deste subcapítulo, no que se refere à competência de prevenção e controle de infecção, evidencia a aquisição e desenvolvimento das competências alocadas à mesma, permitindo-me atualmente a prestação de cuidados mais seguros e de maior qualidade e enriquecimento pessoal nesta área.

CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

O grau de mestre em Enfermagem é concedido aos titulares de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010). Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão que permitam o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo de estudos e que constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação.

Com este capítulo, pretendo realizar uma súmula dos capítulos anteriores, evidenciando a aquisição e desenvolvimento das competências do grau de Mestre, designadamente na aplicação dos meus conhecimentos e da capacidade: de compreensão para a resolução de problemas em situações novas, nunca por mim vivenciadas, em contextos multidisciplinares; de lidar com temas complexos; de comunicar as minhas conclusões e conhecimentos a especialistas e não especialistas; e demonstrar competências que me permitiram uma aprendizagem ao longo da vida.

Por conseguinte, e dando continuidade aos capítulos anteriores onde analisei e refleti sobre as atividades desenvolvidas que me apoiaram na aquisição e aprofundamento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, importa agora fazer um breve paralelo com o perfil de competências fundamentais inerentes ao Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Infira-se que, aquando do meu ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ano letivo 2018/2019, o meu portefólio profissional e de formação, foi submetido à avaliação pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, por forma a creditar a minha experiência profissional, na área de Urgência/Emergência. No decorrer dessa avaliação, foram-me creditadas as competências em Enfermagem de urgência/emergência e em Enfermagem em Cuidados Paliativos, suportadas pela minha experiência profissional e análise das várias formações por mim realizadas, tais como SAV com DAE, ATCN, MRMI, Triagem de Manchester, bem como a Formação Avançada em Cuidados Paliativos.

Os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo das unidades curriculares do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a pesquisa bibliográfica e a participação em diversos cursos direcionados para o doente crítico, vieram alicerçar a minha intervenção na evidência científica, “nutrindo” os saberes obtidos ao nível do 1º ciclo de estudos e desenvolvendo-os através das experiências vivenciadas nos diferentes campos de estágio e na pesquisa e leitura de trabalhos de investigação. Desta forma, contribuiu

fortemente para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permitindo-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, ajudando-me a basear a minha prática clínica enquanto enfermeiro especialista em conhecimentos sólidos e válidos.

Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, o enfermeiro mestre deverá ser capaz de comunicar os seus conhecimentos quer a especialistas, quer a não especialistas de forma clara e sem ambiguidades (p. 4162). Sendo assim, ao longo deste mestrado, partilhei com os meus colegas do serviço os resultados das minhas pesquisas com a mais recente evidência científica, por exemplo sobre a sépsis e o choque séptico, dando a conhecer as mais recentes *guidelines* de atuação e divulgando resultados de trabalhos de investigação, recorrendo assim a uma estratégia promotora da prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados por nós prestados e promovendo a segurança dos mesmos perante o doente com sépsis e choque séptico.

Ao refletir sobre a competência “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, ainda que relacionados com a sua área de estudo em contextos alargados e multidisciplinares” (DL n.º 65/2018, p.2246), orientei o seu desenvolvimento com recurso ao processo de enfermagem, garantindo um cuidar individualizado adaptado às necessidades concretas da pessoa em situação crítica e à sua família.

Como referido no capítulo anterior, no estágio de cuidados intensivos, realizei um processo de enfermagem fundamentado, que me permitiu debruçar sobre os focos de atenção específicos da pessoa em situação crítica com falência multiorgânica, formulando os diagnósticos de enfermagem tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e, prescrevendo as intervenções de enfermagem gerais e especializadas necessárias. Em Portugal, o processo de enfermagem encontra-se legalmente regulamentado no REPE, pelo que as suas etapas estão descritas no art. 5, ponto 3, enfatizando que “os cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) utilizarem metodologia científica” (DL n.º 161/96, p. 2960), ideia esta corroborada por Fernandes (2010), que reforça a ideia que o processo de enfermagem fundamentado assume um grande valor, visto que a decisão de cuidados traduz-se num método científico.

A realização deste, implica uma avaliação exaustiva da pessoa, o que inclui não só o indivíduo, como as famílias e a comunidade onde está inserido. Contudo, este processo não fica por aqui, implicando igualmente a avaliação de todo este, garantindo que os resultados obtidos são os resultados esperados, revendo os diagnósticos de enfermagem iniciais e alterando as intervenções com o evoluir da situação de saúde do utente. Assim,

podemos indagar que o processo de enfermagem é um método cíclico, sendo suscetível de ser adaptado a qualquer momento.

Ao realizar o processo fundamentado de enfermagem e, implementando todas as suas etapas, levou-me à prestação de cuidados adequados e uma visão integral e humanizada da saúde do utente, antevendo e identificando possíveis complicações em tempo útil. Utilizei a metodologia do processo de enfermagem em todos os contextos da sua prática, avaliando primeiro as situações, planeando as intervenções, implementando as mesmas e, sempre que possível, avaliando os resultados obtidos.

No que se refere ao SU e ao Pré-Hospitalar, o cuidar da pessoa em situação crítica e da família implica uma avaliação criteriosa e rápida por parte do enfermeiro. A abordagem usando a metodologia ABCDE, aliada ao quadro clínico e aos dados obtidos através da monitorização, levam a um agir de forma rápida e segura, tendo em conta todos os dados obtidos na avaliação inicial. Segundo Benner (2005), faz parte do enfermeiro perito a capacidade de intuição que cada situação clínica exige, para apreender os reais problemas do utente, sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis, porque age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

De acordo com a mesma autora, os enfermeiros especialistas no cuidado ao doente crítico, defrontam-se, muitas vezes, com contextos imprevisíveis, sendo que estes exigem respostas imediatas e perante os quais torna-se fulcral a utilização do julgamento clínico para a tomada de decisões e orientação de intervenções (Benner, 2005). Esta defende ainda que são nove os aspetos orientadores do pensamento do enfermeiro no cuidado ao doente crítico: estabelecer prioridades; aquisição de conhecimentos e a sua aplicação prática; capacidade de raciocínio perante a mudança; conhecimento especializado; capacidade de resposta face às alterações da situação do doente; capacidade de influenciar uma situação; identificação e resolução de problemas; articulação de princípios éticos com a prática; e a capacidade de se colocar no lugar do outro.

Se, no seu quotidiano, perante situações comuns, os enfermeiros tomam decisões sem grandes análises, quando se trata de situações mais complexas, são necessárias, por parte dos enfermeiros, análises mais longas e profundas para a tomada de decisão. No que se refere à capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais, nos estágios e no exercício das minhas funções as decisões foram sempre realizadas à luz dos princípios éticos e deontológicos realizando análises reflexivas, por forma a conduzir o mesmo. Isto é, perante situações em que se levantavam questões éticas e

deontológicas, procurei refletir sobre as mesmas, com intuito de melhorar a prestação dos cuidados em eventos posteriores.

É indiscutível que a tomada de decisão assume-se como um fator preponderante na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo que, para mim, enquanto futura mestre em enfermagem médico-cirúrgica, torna-se fundamental refletir sobre a forma como o meu agir espelha a capacidade para “integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (decreto-lei n.º74/2006, p.2246). Durante a realização dos estágios e, com base no descrito nos capítulos anteriores, sempre demonstrei capacidade para integrar novos conhecimentos, como também para tomar decisões e gerir situações complexas relacionadas com a pessoa em situação crítica. Essas decisões foram sempre eleitas de forma ponderada, respeitando as minhas responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

No que concerne à competência de desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida, aprender constituiu um desafio contínuo para o desenvolvimento pessoal e, ao longo da vida profissional, na procura da autorrealização, pois considero que a conclusão do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica insere-se num projeto de conquista pessoal. Considero que as aprendizagens teórico-práticas do MEMC, bem como as vivências relativas à minha atividade profissional, assumiram um papel fulcral no que se refere à aquisição de competências a este nível, pois a constante procura pelo conhecimento e pela formação, permite responder aos desafios emergentes e resultantes da elevada complexidade do cuidar em saúde, fazendo com que se reflita na qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, afirmo que as competências resultantes da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, associadas às responsabilidades acrescidas decorrentes do grau de mestre em enfermagem, permitiram-me auferir uma visão mais crítica e reflexiva, baseada no conhecimento científico. Permitiram-me ainda aprofundar os conhecimentos, melhorar atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados no cuidar da pessoa e família em situação crítica.

CONCLUSÃO

Concluído este meu caminho formativo decursivo do 3º Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que culminou com a elaboração do presente relatório, torna-se essencial refletir sobre a sua elaboração, tecendo importantes considerações sobre as competências desenvolvidas através das atividades realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos e da experiência profissional com vista a atingir os objetivos propostos.

Com a redação deste relatório, constatei que o meu crescimento se processou em diversos níveis, desde o profissional ao pessoal. Isto pois considero que me superei na constante demonstração de capacidades técnico-científicas, sociais e humanas, que me edificaram enquanto enfermeira e enfermeira especialista. Segundo Fonseca (2015), o enfermeiro EEMC presta cuidados de enfermagem em contextos onde se encontra a pessoa em situação crítica, isto é, desde o pré-hospitalar, passando pelo intra-hospitalar e, até no momento da alta, potenciando a transição saúde/doença, tendo em vista a sua recuperação.

Seguindo este silogismo, o caminho realizado ao longo deste Curso de Mestrado com vista à aquisição e ao desenvolvimento de competências na área da Médico-Cirúrgica, realizou-se em diferentes contextos do cuidar da pessoa em situação crítica, desde a emergência pré-hospitalar (EMIR), ao SU e ao SMI (UCIP, HNM). Pela sua diversidade e especificidade, estes locais proporcionaram-me experiências únicas e diversificadas, revelando-se como excelentes campos de aprendizagem, possibilitando uma multiplicidade de experiências e novos conhecimentos, bem como se revelaram fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas.

Todos os contextos onde realizei os ensinamentos clínicos demonstraram-se desafiantes, representando novos contextos para a minha prática que, até então, tinha sido desenvolvida em serviços de urgência básicos. Consegui, através do empenho e dedicação, adquirir um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da pessoa em situação crítica, como nunca havia experienciado e que me possibilitaram o desenvolvimento da autonomia necessária para a prestação de cuidados altamente qualificados e de forma contínua, conjuntamente com a equipa multidisciplinar.

A especificidade de cada campo de estágio, bem como a relação estabelecida com os utentes, famílias e equipa multidisciplinar, foram fatores determinantes para alvejar com sucesso esta etapa profissional. Torna-se evidente ainda que a existência dos diferentes

contextos de estágio, de diversas equipas de enfermagem e multidisciplinares, detentoras de uma base de conhecimentos sólidos e de um rigor técnico, com capacidade de adaptação, criatividade e flexibilidade, foram determinantes para o sucesso de todo este meu percurso especializado.

Com a elaboração do presente relatório intitulado: “Construindo um perfil de competências: do pré-hospitalar às unidades diferenciadas”, refleti sobre as competências comuns e específicas adquiridas e aprofundadas nos contextos da prática no âmbito dos cuidados especializados em EMC, evidenciei as competências de Mestre e, demonstrei o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional, bem como sobre o contributo das mesmas para a prática de enfermagem.

Assim sendo, baseei a minha análise mediante o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro e Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho) e no Decreto-Lei n.º 65 de 16 de agosto de 2018 (Competências de Mestre).

Neste sentido e, relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista, a minha análise crítico-reflexiva incidiu sobre o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a minha análise baseou-se nos domínios de competência: “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”; “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”; “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”; e as unidades de competências afetas a cada uma.

Embora nem sempre tenha sido fácil, surgindo inúmeros obstáculos pelo caminho, associados à dificuldade em articular a atividade profissional, académica e a vida pessoal com o tempo para me dedicar a este relatório, assim como a minha capacidade de síntese e a organização de conteúdos, considero que dei o meu melhor, atendendo ao contexto em que estou inserida.

Saliento, por fim, que me sinto motivada para aperfeiçoar e continuar a desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem na área da pessoa em situação crítica, através da formação contínua, assumindo o compromisso da autoformação, assim como para

continuar a promover a crítica-reflexiva entre os meus pares, no meu local de trabalho. Desejo continuar, como futura enfermeira especialista, a aperfeiçoar o saber, saber fazer, saber estar e o saber ser, tendo por base de atuação a pessoa na sua total conceção holística.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, M. M. R. (2015). *Fim de vida em cuidados intensivos: a(s) prática(s) dos profissionais de saúde* (Tese para obtenção do grau de mestra em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo.
- Barbosa, M. C. S. (2015). *Fatores que influenciam a supervisão de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico: perspectiva do enfermeiro tutor* (Tese para obtenção do grau de mestra em Supervisão Clínica em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Bastos, C., & Saraiva, M. (2010). A qualidade dos cuidados de enfermagem e a Norma ISO – Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. In M. Saraiva, & A. Teixeira. *TMQ Qualidade - Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar* (n.º 2). Repositório Universidade de Évora. http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf
- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor – Manual de estudo* (versão 1). Escola Superior de Coimbra.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto editora. (translated from From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem* (2.ª ed.).Quarteto..
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care. A Thinking-in-action approach* (2ª ed.). Springer publishing company.
- Berman N., Jones M. M., De Coster D. A., (2017). “Just like a normal pain”, what do people with diabetes mellitus experience when having a myocardial infarction: a qualitative study recruited from UK hospitals. *BMJ Open* 7(015736), 1 - 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015736>.
- Blakeman, T., & Branson, R. (2013). Inter- and Intra-hospital Transport of the Critically Ill. *Respiratory care*. 6(58), 1008-1023. <https://doi.org/10.4187/respcare.02404>.
- Bossaert, L., Perkins, G.D., Askitopoulou, H., Raffay, V., Greif, R., Haywood, K., Mentzelopoulos, S., Nolan, J., Voiorde, P., Xanthos, T., & Ethics of resuscitation and

- end-of-life decisions section Collaborator (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 95, 301-10. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.033>
- Broeiro, P. G. (2015). Conhecimento e competência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 31, 82-84. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i2.11461>.
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & Jong, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care* 19(1): 214, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>.
- Camacho, T. S. A. (2015). *Gestão: um desafio para o Enfermeiro*. In XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão, Rio de Janeiro. https://www.inovarse.org/sites/default/files/T_15_067M.pdf
- Camelo, S. H. H. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: Uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>.
- Carbogim, F. C., Santos, K. B., Alves, M. S., & Silva, G. A. (2010). Residência em enfermagem: A experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. *Revista APS* 13(2), 245-249. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14422>.
- Carneiro, A., Albuquerque, A., & Félix, M. (2010). *Versão Portuguesa das recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Conselho Português de Ressuscitação.
- Catalão, D. F. G. (2015). *Qual a importância dos Cuidados Paliativos nos Cuidados intensivos?* (Tese para obtenção do grau de mestrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade, Porto.
- Chistóforo, B., Zagonel, I., & Carvalho, D. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Cogitare Enfermagem*, 11(1), 55-60. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v11i1.5977>.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017-2018*. CNCP
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Cunha, C., Vieira, F., & Macedo, A. P. (2017). Compreender a construção de competências profissionais: Um estudo no contexto do estágio em enfermagem. *Atas CIAIQ2017*.

- 1, 186-195.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1333/1291>
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurobiologia do Sentir*. Publicações Europa-América.
- Decreto Legislativo Regional n.º 17/2009/M. **Diário da República**, I Série. 124. (30-06-2009) 4227 - 4232. [Consult. 02 fev. 2020]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/491927>>.
- Decreto Legislativo Regional n.º 31/2009/M. **Diário de República**, I Série. 251 (30-12-2009) 8810 - 8814. [Consult. 02 fev. 2020]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/482142>>.
- Decreto-Lei 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (10-08-2015) 5680 - 5686. [Consult. 01 ago. 2019]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/70309896>>
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** I Série. 205 (04-09-1996) 2959 - 2962. [Consult. 02 ago. 2010]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/241640>>.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147 - 4182. [Consult. 02 mar. 2020]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/116068879>>.
- Despacho n.º 124/2011. **Diário da República** II Série. 35 (18-02-2011) 8656-8657. [Consult. 11 ago. 2019]. Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciaspecifenfessoasituacaocritica.pdf>.
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** II Série. 28 (10-02-2015) 3882-(2) a 3882-(10). [Consult. 07 nov. 2019]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/66463212>>.
- Despacho n.º 14311-A/2016. **Diário da República** II Série. 228 (28-11-2016) 35362-35366. [Consult. 02 dez. 2019]. Disponível em WWW: <https://www.iasaude.pt/attachments/article/1831/despacho_14311_a_2016_plano_estrategico_cuidados_paliativos.pdf>
- Despacho n.º 15423/2013. **Diário da República** II Série. 229 (26-11-2013) 34563 - 34565. [Consult. 12 fev. 2020]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/2965166>>.

- Despacho n.º 18459/2006. **Diário da República** II Série. 176 (12-09-2006) 18611 - 18612.
[Consult. 12 ago. 2019]. Disponível em WWW: <
<https://dre.pt/application/conteudo/1518280>>.
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015) 13550 - 13553.
[Consult. 21 out. 2019]. Disponível em WWW: <
<https://dre.pt/application/conteudo/67324029>>
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122018-de-12062018-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica*, 017/2011.
https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito, 015/2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Processos Assistenciais Integrados, 002/2013.
<https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/orientacao-da-direcao-geral-da-saude-n-0022013-de-18022013-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). Manual de acreditação de unidades de saúde: Hospitais. Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Manual de acreditação de unidades de saúde: Gestão Clínica*. Autor
- Direção-Geral da Saúde. (2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, 021/2015, atualizada a 30/05/2017.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017* Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências a antimicrobianos – Relatório anual do programa prioritário*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das mãos nas unidades de saúde, 007/2019. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>.
- European Society of Cardiology. (2015). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 37(3), 267–315. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>.
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Carta dos direitos do doente internado*. Autor.
- Fernandes, A., & Coelho, P. (2014). Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa., 5(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.122>.
- Fernandes, M. C. (2015). *Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP* (Relatório de trabalho de projeto). Instituto politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde, Setúbal.
- Ferreira, C. S. R. (2012). O Papel do Enfermeiro como facilitador na transição saúde-doença à pessoa com enfarte agudo do miocárdio (Tese para obtenção de grau de mestre em enfermagem à pessoa em situação crítica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Serra, I., & Fernandes, A.P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Dr. Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95>.
- Ferreira, R. M. F., & Nunes, A. C. P. (2019). A formação contínua no desenvolvimento de competências do professor de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(20180171), 1-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180171>.
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, 5, 183-196. <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>.

- Fonseca, F. (2015). *A pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico: Intervenção especializada de Enfermagem perspetivando o continuum dos cuidados* (Tese para obtenção de grau de mestre em enfermagem à pessoa em situação crítica)). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Fonseca, R. R. J. A. (2012). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência* (Tese para obtenção de grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Freitas, M. J. B. S. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde* (Tese para obtenção de grau de doutor em gestão de unidades de saúde e serviços de enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Fuller, J. K. (2007). *Instrumentación quirúrgica: Teoría, técnicas y procedimientos*. Editorial Medica Panamericana.
- Fundação Caloust Gulbenkian. (2015). *Stop Infeção Hospitalar! Um desafio Gulbenkian*. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/07114301/desafio_infecoes_web.pdf.
- Garcia, M. C. (2018). *A percepção dos profissionais de enfermagem da dimensão ética dos cuidados* (Tese para obtenção de grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Gomes, C. (2012). Conhecimento sobre Higiene das Mãos – Estudo Exploratório numa Corporação de Bombeiros Voluntários (Projeto de graduação para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Gomes, F., Amendoeira, J., & Martins, M.M. (2012). A Comunicação no Processo Terapêutico das Famílias de Doentes Mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0080>.
- Gomes, J.P. (2019). *A morte súbita cardíaca*. Fundação Portuguesa de Cardiologia. <http://www.fpcardiologia.pt/a-morte-subita-cardiaca/>.
- Gonçalves, A. C. S. (2017). *Competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos* (Tese para obtenção de grau de mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Hams S. P. (2000). A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive & critical care nursing*, 16(5). 310-318. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1500>.

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situações de Exceção – Manual TAS*, versão 3.0 (1ª ed.). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>. .
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*, versão 1 (1ª ed.). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>.
- International Association for the study of Pain. (2019). *New Proposed Definition of Pain Open for Public Comment*. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>.
- Le Bofert, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a avaliar. *Pessoal*, (6), 60-63. <http://www.guyleboterfconseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed Editora.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões*. Asa Editores.
- Lei n.º 25/2012. **Diário da República** I Série. 136 (16-07-2012) 3728 – 3730. [Consult. 30 set. 2019]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/179517>>.
- Lei nº27/2006. **Diário da República** I Série. 126 (03-07-2006) 4696 – 4706. [Consult. 22 fev. 2020]. Disponível em WWW: < <https://dre.pt/application/conteudo/537862>>.
- Loila, L. M. (2013). Breve histórico do termo competência. *Revista HELB*, 7(7).. <http://www.helb.org.br/index.php/revista-helb/ano-7-no-7-12013/212-breve-historico-do-termo-competencia>.
- Martínez A. L. G., & Liza C. M. (2018). Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(3055). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055>.
- Martins, A. G., Sousa, P. P. (2018). *O Processo de comunicação confortador à pessoa em situação crítica: revisão sistemática da literatura*. In XI Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem, Lisboa.
- Martins, A. O. (2014). *Riscos biológicos: Medidas de prevenção e controle no atendimento pré-hospitalar móvel* (Trabalho para a obtenção do grau de pós-graduado em Gestão em Saúde e Controle de infecção). Faculdade Método de São Paulo, São Paulo).

- Martins, R., & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 111-120. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400012&lng=pt&tlng=pt.
- Mathai, A., Phillips, A., & Isaac, R. (2016). Ventilator- associated pneumonia: A persistent healthcare problem in Indian Intensive Care Units. *Lung India*, 33(5), 512-516. <https://doi.org/10.4103/0970-2113.188971>.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5.^a ed.). Wolters Kulwer Health.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media.
- Norma n.º 015/2013. **Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde**. (03-10-2013). [Consult. 08 out. 2019)]. Disponível em WWW: < <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>>.
- Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 33-45. https://www.researchgate.net/publication/262048659_Fundamentos_eticos_da_deontologia_profissional.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>.
- Nürnberg Damström, D., Saboonchi, F., Sackey, P. V., & Björling, G. (2011). A preliminary validation of the Swedish version of the critical-care pain observation tool in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(4), 379–386. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2010.02376.x>.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andando - Relatório Primavera 2018*. <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>.

- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Oliveira, E. (2012). *O Primeiro contacto da Família com a Unidade de Cuidados Intensivos* (Tese para obtenção do grau de mestre em Enfermagem). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Oliveira, J. (2005). Gestão do risco hospitalar – perspectiva multiprofissional. *Ordem dos Enfermeiros*, 19, 12-15.
- Oliveira, P. C. (2010). *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: Percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem* (Tese para obtenção do grau de mestre em Administração e Planificação da Educação). Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto.
- Oliveira, P. S., Nóbrega, M. M. L., Silva, A. T. M. C., & Ferreira-Filha, M. O. (2006). Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 7(1), 54-63. <https://doi.org/10.5216/ree.v7i1.861>.
- Ordem dos Enfermeiros – Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituaaoCritica.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento concetual e enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padrees-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituaaoCritica.pdf>.
- Palácios, M., Torrent, R., Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S., Miguel, V. & Grupo de trabajo del Plan de Autoprotección para el Servicio de Medicina Intensiva (2010). Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: un nuevo indicador de calidad? *Medicina Intensiva*, 34(3), 198-202. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2009.05.005>.

- Parecer do Conselho de Enfermagem n.º114/2018. **Ordem dos Enfermeiros**. (2018). [Consult. 10 dez. 2019]. Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9439/parecer-n%C2%BA-114-ce_supervis%C3%A3o-de-estudantes-do-curso-de-licenciatura-em-enfermagem.pdf>.
- Parecer n.º 09/2017. **Ordem dos Enfermeiros** (06-03-2017). [Consult. 22 jan. 2020]. Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf>.
- Parecer n.º 136/2007. **Ordem dos Enfermeiros** (23-04-2007). [Consult. ex. 19 set. 2019]. Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf>.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 33-37. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>.
- Peres, A. M., Freitas, L. J., Calixto, R. C., Riera, J. R., & Quiles, A. S. (2013) Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*3(10), 153-160. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1257>.
- Perrenoud, P. L. (2002). *A Prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Artmed.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 10, 27-39.
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (s.d). *Resultados-Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Grupo de avaliação Dor.
- Pinto, T.; & Pires, M. (2009). TISS-28 (TherapeuticInterventionScoringSystem) e sua capacidade prognóstica. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 16(2). http://www.spci.pt/Revista/RPMI_V_16_02.pdf.
- Portaria n.º 1147/2001. **Diário da República** I-B Série. 226 (28-09-2001) 6170 - 6175. [Consult. 02 fev. 2020]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/614364>>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos*. Lusociência.

- Rabiais, I. (2003). Saber ser... implica acompanhar. *Acontece Enfermagem* 3(6), 7-11.
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744 - 4750.
[Consult. 11 ago. 2019]. Disponível em WWW: <
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>>.
- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-2018) 19359 - 19370.
[Consult. 11 ago. 2019]. Disponível em WWW: <
<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>>.
- Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019) 128 - 155.
[Consult. 02 fev. 2020]. Disponível em WWW: <
<https://dre.pt/application/conteudo/124981040>>.
- Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série. 123 (26-06-2005) 17240 – 17243.
[Consult. 12 ago. 2019]. Disponível em WWW:
<<https://dre.pt/application/conteudo/67613096>>
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República** I-A Série. 2 (03-01-2001) 14 - 36. [Consult. 18 nov. 2019]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/application/conteudo/235128>.
- Ribeiro, V. R. M. (2015). *Vivências dos Enfermeiros no serviço de urgência geral, na comunicação de más notícias* (tese para obtenção do grau de mestre em enfermagem à pessoa em situação crítica). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.
- Rodrigues, S.V. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida- adaptação e validação da escala de Jefferson* (Tese para obtenção do grau de mestre em gestão de serviços de enfermagem). Instituto de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Rulicki, S., & Cherny, M. (2007). *Comunicación No Verbal: Como la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Ediciones Granica, S.A.
https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ui7ZKBtZQQ0C&oi=fnd&pg=PA13&ots=a4h5zeZmqO&sig=IOGX6CQDjaeL4PL5M5bgeMXkn2Y&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- Santos, A. P. R. (2017). *Comunicação de más notícias em contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde* (Tese para obtenção do grau de mestre em enfermagem à pessoa em situação crítica). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.

- Santos, E. J. F., Marcelino, L. M., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C., & Azevedo, I.C (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49,153-171.
- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco* 3(4), 4-9. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3079/1/R_IPCB4_1.pdf
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 6-8. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300001&lng=pt&tlng=pt.
- Serra, J.; & Albuquerque, E. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. *Psiquiatria Clínica*. 27(1), 75-82.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, M. N. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15-23. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM. (2018). *Relatório do Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos – 2016-2017*. https://www.sesaram.pt/index.php?searchword=relatório%202016&searchphrase=all&Itemid=633&option=com_search.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM. (2019). Prevenção da Colonização/Infecção Cruzada por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina. *Grupo de Coordenação PPCIRA*. [file:///C:/Users/carla/Downloads/PO_01_PRO_005_V_002%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/carla/Downloads/PO_01_PRO_005_V_002%20(4).pdf)
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM. (s.d.a). *Indicadores*. Acesso à saúde. <https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php/acesso-a-saude/indicadores#internamento>.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM. (s.d.b). *Apresentação*. Serviço de Medicina intensiva. <https://www.sesaram.pt/smi/>.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM. (s.d.c). Serviço Acreditado pela DGS. Serviço de Medicina Intensiva. https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=170&Itemid=705

- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM. (s.d.d). Carteira de Serviços. Serviço de Medicina Intensiva. https://www.sesaram.pt/smi/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=173.
- Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM. (s.d.). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*. https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_10set2015.pdf
- Silva, M. T. M. C. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável – Melhoria da qualidade* (Tese para obtenção do grau de mestre em direção e chefia de serviços de enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Silvério, A. S., Silva, B. F., Benito, P. M., Santos, S.L. & Lucas, P.B. (2012). O enfermeiro na gestão do risco clínico nas unidades de cuidados continuados integrados: uma reflexão teórica e conceptual. *Journal of aging e innovation*, 1. <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-1-numero-2-2012/o-enfermeiro-na-gestao-do-risco/>.
- Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chice, J., Coopersmith, C., Hotchkiss, R., Levy, M., Marshall, J., Martin, G, Opal, S., Rubenfeld, G., Van der Poll, T., Vicent, J, & Angus, D. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>. Soares, J. R., Martin, A. R., Rabelo, J. F., Barreto, M. S., & Marcon, S. S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: Percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*, 16(2), 193-204. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.7>.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2015). Recomendações para o tratamento das síndromes coronárias agudas em doentes que não apresentam elevação persistente do segmento ST. *European Heart Journal*. <https://doi.org/10.1093/>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos médicos. (2008). *Transporte do doentes críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sousa, J. P. A. (2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Acta Médica Portuguesa*, 25(1), 37-43.
- Sousa, M. A. (2008). Enfermagem e os direitos Humanos. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31, 9-11.

http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf.

- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2006). *Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica* (8ª ed.). Elsevier España S. A.
- Teixeira A., Figueiredo E., Melo J., Martins I., Dias C., Carneiro, A., Carvalho, A. S., & Granja C. (2012) Medical Futility and End-of-Life Decisions in Critically ill Patients: Perception of Physicians and Nurses on Central Region of Portugal. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 2(4), 1-5. <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000110>.Thim, T., Krarup, N. H., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International journal of general medicine*, 5, 117–121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>.
- Tigulini, R. S., & Melo, M. R. A. C. (2002). A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. In *8º Simpósio Anual de Comunicação em Enfermagem*. São Paulo. http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200047&script=sci_arttext&tlng=pt_
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5ª ed.). Lusodidacta.
- Valente M., Catarino R., Casal D., Castanho P., Novais G., Farinha L. F. , & Lufinha A. T. (2012). *Emergências de Trauma* (1ª ed.) INEM.
- Vaz, C.; & Catita, P. (2000).Cuidar no Serviço de Urgência. *Revista Nursing*, 147,14-17.
- Viana M. R. P., Silva I. M. B., Ferreira TRS, Amorim, F. C. M., & Soares, E. O. (2018). A Operacionalização do Processo de Cuidar em Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Materna. *Revista online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 10(3), 696-703. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.696-703>.Williams, C., & Davis, C. (2005). *Terapeutic Interacton in Nursing*. Jones & Barllet Learning.
- Wold, G. H. (2013). *Enfermagem Gerontológica* (5ª ed.). Elsevier Editora Ltda. (translated from Basic gereatic nursing, 2011, 5ª ed., Missouri: Elsevier Mosby).